

Universidade de Lisboa
Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa
Departamento de Biologia Animal



Excesso de Peso e Estilos de Vida na Adolescência

Dissertação

Graça Maria Ribeiro Sobral

Mestrado de Biologia Humana e Ambiente

2013

Universidade de Lisboa

Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Departamento de Biologia Animal



Excesso de Peso e Estilos de Vida na Adolescência

Graça Maria Ribeiro Sobral

Mestrado de Biologia Humana e Ambiente

2013

Dissertação orientada por Professora Doutora Augusta Gama

Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

Agradecimentos

À Professora Doutora Augusta Gama, orientadora desta dissertação, por tornar possível a sua concretização. Por todo o apoio, ajuda incondicional, comentários construtivos e simpatia com que pautou a sua orientação.

À Diretora da Escola Secundária de Matias Aires, Teresa Lourenço, à Diretora do Agrupamento de Escolas António Sérgio, Lurdes Bráz, ao Diretor do Colégio Vasco da Gama, Inácio Casinhas, por me terem aberto as portas da sua escola e permitido a aplicação dos questionários e realizado a avaliação antropométrica aos alunos.

Às Coordenadoras dos Diretores de Turma do Agrupamento de Escolas António Sérgio, Graça Oliveira, e do Colégio Vasco da Gama, Conceição Piedade, pela disponibilidade demonstrada na calendarização das turmas para aplicação dos questionários.

Aos Alunos e Encarregados de Educação por acreditarem na importância e contribuição deste estudo e aceitarem participar nele, tornando-o possível.

A todos os Professores que aceitaram disponibilizar a sua aula, possibilitando a aplicação dos questionários.

Às minhas colegas e amigas Esmeralda Barra e Natália Nunes pela sua generosidade e contributo na formatação e na tradução do “abstract”.

Às minhas colegas de grupo Arminda Costa, Maria João Sancho, Paula Valentim e Raquel Silva pelo apoio que sempre demonstraram.

À Diretora da minha escola, Teresa Lourenço, pela simpatia e compreensão.

À minha amiga Luísa Gordo um agradecimento especial pelo apoio, generosidade e carinho.

Aos meus amigos por aceitarem as minhas ausências.

À minha família pelo apoio e carinho sempre presentes.

Aos meus pais um agradecimento muito especial por tudo o que me deram.

Ao meu marido Manuel e aos meus filhos, Catarina, Inês e Pedro pelo vosso amor e por me terem ajudado a concretizar este desafio.

A todos um muito obrigada!

Lisboa, setembro de 2013

Graça

Nota prévia

Enquanto professora de Biologia numa escola com 3º Ciclo e Secundário do Concelho de Sintra confronto-me diariamente com situações de desequilíbrios alimentares, de resistência à prática de exercício físico e de alterações psicossociais, traduzindo-se em dificuldades relacionais e de aprendizagem.

A constatação desta realidade em adolescentes e o conhecimento do papel determinante que os desequilíbrios alimentares e o sedentarismo têm para o excesso de peso e obesidade e para os impactos prejudiciais na saúde e bem-estar físico e psicológico no adolescente fizeram-me reconhecer a importância de investigar a problemática da obesidade e seus fatores de risco na adolescência, fase do ciclo de vida marcada por muitas modificações físicas, psicológicas e sociais.

Considereei assim importante contextualizar o adolescente no seu quotidiano e explorar a importância da família, dos amigos e da escola como determinantes nesta fase de grandes mutações que é a adolescência.

Na sequência de grandes alterações sociais, tem-se constatado que é claramente insuficiente informar e/ou tratar, sendo necessário apostar na promoção da saúde e do bem-estar, aumentando as competências pessoais e sociais associadas a uma boa relação interpessoal, a participação, a responsabilização, a autonomia. Para isso, é essencial manter um diálogo intergeracional e juntar esforços e recursos que contribuam para diminuir o apelo do ambiente ao risco (Matos, 2007).

Ciente de que a obesidade na adolescência é um problema de origem multifatorial, universal, com tendência para aumentar e de consequências imprevisíveis, proponho-me conhecer a relação existente entre os estilos de vida, hábitos alimentares, atividade física e imagem corporal dos adolescentes entre os 12 e os 17 anos e o seu estado nutricional. De acordo com os resultados observados pretende-se ainda estabelecer metodologias de intervenção para sensibilização dos adolescentes, famílias e da comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Sumário

Nos países desenvolvidos, incluindo Portugal, tem-se assistido a um aumento considerável do excesso de peso e obesidade, independentemente do sexo, idade ou etnia. A obesidade tem sido assim relacionada com fatores socioeconómicos, hábitos alimentares, atividade física e estilos de vida e constitui na criança e no adolescente uma preocupação generalizada, dado ser um fator de risco para a saúde em adulto. Também o aumento da importância que crianças e adolescentes atribuem ao seu próprio peso e imagem corporal mostra afetar negativamente o seu bem-estar psicológico.

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar o estado nutricional e identificar comportamentos que fazem parte do estilo de vida dos adolescentes e que sejam promotores do excesso de peso, através da exploração da relação entre os hábitos alimentares, a atividade física, a estima e a aparência corporal e o excesso de peso, em função do sexo e da idade nos adolescentes.

Este estudo foi desenvolvido em três escolas do Concelho de Sintra, numa amostra de 1125 adolescentes (532 rapazes e 593 raparigas) com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Foi aplicado um questionário a todos os adolescentes autorizados pelos encarregados de educação, realizadas medidas antropométricas (peso, estatura e perímetro da cintura) e calculado o índice de massa corporal para atribuição de classes de estado nutricional. Na análise entre variáveis recorreu-se à comparação de frequências pelo teste X^2 e de médias pelo t ou por ANOVA. A regressão logística binária foi usada na avaliação da associação entre excesso de peso e variáveis socioeconómicas. A análise de exploratória em componentes principais foi usada no estudo da frequência alimentar e da imagem e estima corporal.

Os resultados obtidos permitiram mostrar que a nacionalidade dos adolescentes e dos pais, os hábitos alimentares nem sempre saudáveis, com consumo preferencial de carne e de alimentos industrializados, e o sedentarismo contribuem para o excesso de peso e para a diminuição da imagem e estima corporal dos adolescentes. Os adolescentes com excesso de peso revelaram perceção dessa condição e consideram a sua saúde má ou muito má, recorrem à dieta, reduzindo a quantidade de comida e tendem a relativizar a importância da aparência física.

Palavras-Chave: Excesso de peso, estado nutricional, adolescência, hábitos alimentares, exercício físico, estilos de vida, estima corporal.

Abstract

In developed countries, including Portugal, there has been a considerable increase in overweight and obesity, regardless of gender, age or ethnicity. Obesity has therefore been associated with socioeconomic factors, eating habits, physical activity and lifestyles, and obesity in children and adolescents has generated widespread concern as it constitutes a health risk factor in adults. Moreover, the increasing importance children and adolescents give to their own weight and body image has shown to negatively influence their psychological well-being.

The overall objective of the present study is to characterise nutritional status and identify behaviours in adolescents' lifestyle which promote excess weight gain, through the analysis of the relationship among eating habits, physical activity, self-esteem, body image and overweight, according to the adolescents' gender and age.

This study was developed in three schools in the district of Sintra, involving a sample of 1125 adolescents (532 boys and 593 girls), aged between 12 and 17. After formal authorization by parents or tutors, the adolescents answered a questionnaire, anthropometric measurements were taken (weight, height and waist perimeter), and their body mass index was calculated in order to define nutritional status classes. Variable analysis was based on the comparison of frequencies through the X² test and of means through the t-test or ANOVA. The binary logistic regression was used in the association between overweight and socioeconomic variables. The exploratory analysis of main components was used in the study of eating frequency, self-esteem and body image.

The results showed that both adolescents' and their parents' nationalities, not always healthy eating habits, preference for meat and industrialised food as well as sedentary lifestyles contribute to excess weight, lower self-esteem and worse body image among adolescents. Overweight adolescents perceived their condition and consider their health to be bad or very bad, go on diets by reducing the amount of food, and tend to de-emphasise the importance of physical appearance.

Keywords: Overweight, nutritional status, adolescence, eating habits, physical exercise, lifestyles, body image and self-esteem.

Índice Geral

I. Introdução.....	1
II. Objetivos	4
III. Enquadramento Teórico	5
1. Estado nutricional, excesso de peso e obesidade, em Portugal e no Mundo	5
2. Dieta e hábitos alimentares.....	8
3. Atividade física.....	10
4. Imagem e estima corporal.....	13
5. Metodologias de estudo	15
IV. Material e métodos	19
1. Amostra	19
2. Mensurações antropométricas e índices	20
3. Fatores exógenos	21
4. Imagem e estima corporal.....	23
5. Análise estatística	24
V. Contexto sócio económico.....	26
1. Caracterização socio económica e demográfica.....	26
2. Meio escolar	30
VI. Resultados e Discussão	35
1. Caracterização sociodemográfica.....	35
2. Estatura, peso, IMC e PC.....	36
3. Prevalência de excesso de peso e obesidade	39
4. Fatores socioeconómicos e culturais	43
5. Hábitos alimentares	49
6. Atividade física.....	58
7. Imagem e estima corporal.....	63
8. Saúde	70
9. Metodologias de intervenção.....	73
VII. Conclusões	76
VIII. Bibliografia*	80
IX. Anexos.....	85

* A bibliografia apresentada tem como referência a revista American Journal of Human Biology.

I. Introdução

A obesidade é um problema multifatorial e crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade são cada vez mais frequentes em vários países do mundo. Portugal tem das percentagens de ocorrência mais elevadas.

O processo de crescimento é complexo e a adolescência é considerada como um período de intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais. A Organização Mundial da Saúde define como adolescente o indivíduo com idades compreendidas entre os dez e os vinte anos.

As mudanças corporais na adolescência fazem parte do processo de crescimento humano e são consequência de alterações neuroendócrinas da puberdade. Na adolescência o crescimento é rápido, atinge-se a estatura adulta, maturidade sexual e paralelamente também ocorre grande desenvolvimento cognitivo, a procura de identidade própria e um novo enquadramento social, estabelecendo-se o dimorfismo sexual e as diferenças entre os géneros.

A adolescência é também um período de intensa sociabilidade, em que as normas vigentes no grupo de pares e as expectativas sociais têm uma importância acrescida no desenvolvimento. É comum o adolescente imitar os pares, adotando hábitos, atitudes e indumentárias do seu grupo etário, já que a proximidade do modelo é tranquilizadora. Com efeito, a influência da aceitação social, das relações e a popularidade no grupo de pares, contribui para a avaliação do *self* do adolescente (Barbosa, 2011).

A forma como os pais exercem a sua função é bastante diversificada, influenciando o desenvolvimento da criança e do adolescente. Os modelos afetivos e de interação que os pais utilizam influenciam de modo significativo a forma como aprende e se relaciona com os outros. As relações positivas na família, o apoio emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente tendem a estar relacionados com um maior bem-estar, uma melhor adaptação dos adolescentes e um menor envolvimento em comportamentos de risco e em grupos de pares desviantes.

Os amigos são essenciais no desenvolvimento dos jovens. A amizade providencia suporte emocional e está associada ao afeto social, que é definido como a ligação entre duas ou mais pessoas que favorece a sensação de segurança e de confiança nos outros. Os amigos são tão importantes para os adolescentes que podem influenciar

inclusivamente a sua percepção da felicidade, pois a falta de relações sociais impossibilita a partilha de interesses comuns, sentimentos e emoções. No entanto, os adolescentes que se envolvem em comportamentos de risco podem encontrar-se mais próximos dos pares, caso esses comportamentos sejam percebidos pelo grupo como positivos (Matos, 2007).

A escola tem também um papel determinante no quotidiano dos adolescentes, não sendo apenas um local de aprendizagem, mas também um espaço de interação entre os demais elementos da comunidade educativa, com transmissão de normas e padrões comportamentais, importantes no processo de socialização das crianças e dos adolescentes. Contudo, existem fatores que podem favorecer comportamentos de risco, nomeadamente, a falta de motivação para a aprendizagem, o absentismo, o mau desempenho escolar e o desinvestimento na realização pessoal e profissional. A ação do professor é fundamental no desenvolvimento de capacidades de tomada de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis pelos adolescentes. Atualmente as escolas dispõem de mecanismos diversificados (gabinete de atendimento e informação ao aluno, disponibilidade de técnicos de saúde, estabelecimento de protocolos com instituições da comunidade envolvente) direcionados para a educação para a saúde, quer dos adolescentes, quer das suas famílias.

Fatores que influenciam o equilíbrio energético, nomeadamente a dieta e a actividade física, são consensuais quanto ao papel regulador no ganho de peso. Comer de forma saudável é fundamental para o normal desenvolvimento físico e mental dos jovens. Contudo, os padrões alimentares têm vindo a sofrer profundas alterações na sequência de uma maior oferta e publicidade aliciante de alimentos apeteceíveis, ricos em gorduras, sal e açúcares simples, em detrimento da alimentos de boa qualidade nutricional.

A atividade física e o desporto constituem meios cruciais para lidar com as transformações corporais e psicossociais que vão ocorrendo na adolescência. A prática de desporto proporciona bem-estar físico, prazer e promove a melhoria da autoestima. No entanto, cada vez mais as atividades mais frequentes na ocupação dos tempos livres se relacionam com a televisão e as novas tecnologias, potenciando o sedentarismo. As preferências são influenciadas pelo grupo de amigos, pela família e outros adultos de referência. Devem então os pais e educadores monitorizar e orientar as atividades de lazer, respeitando os gostos e as motivações dos adolescentes. Por outro lado, é

necessário que os pais conheçam os amigos dos seus filhos e os integrem nas suas atividades familiares (Matos, 2009).

Na adolescência o corpo adquire outra forma e uma nova linguagem (Matos, 2007). Todos os adolescentes pensam no seu corpo. Nas sociedades modernas é exercida uma forte pressão social relativamente ao corpo do adolescente. O conceito social de corpo esbelto e da sua utilização para definição da identidade, através de dietas radicais, dos piercings e das tatuagens, pode promover comportamentos de risco e com consequências para a saúde. O aparecimento de anorexia e bulimia nervosas, o recurso a automutilações e cirurgias plásticas são alguns exemplos.

A perceção que cada adolescente tem do seu corpo é primordial para o sentimento de valorização pessoal e de autoestima. Rapazes e raparigas têm visões diferentes do corpo, enquanto que os rapazes o veem como uma forma de ação eficiente no meio, as raparigas veem-no como uma forma de atraírem os outros (Matos, 2009).

Conhecer os comportamentos e os estilos de vida dos adolescentes é condição determinante para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas (OMS, 1998). A saúde depende não só da escolha individual em adoptar comportamentos de saúde ou de risco, mas também do meio ambiente no qual os indivíduos estão envolvidos e da capacidade deste em permitir escolhas saudáveis. Assim, reforçar nos indivíduos escolhas saudáveis em termos de estilo de vida tem de passar por uma reorganização do ambiente físico, social, cultural e económico (OMS, 1998).

O bem-estar e saúde dos adolescentes depende então da ação articulada de fatores relacionados com estilos de vida, ao nível dos hábitos alimentares, prática de atividade física, bem como de fatores pessoais, socioeconómicos e do grupo de pares para a precoce identificação e combate de fatores de risco.

Ao longo deste trabalho procuraremos caracterizar o estado nutricional e os estilos de vida dos adolescentes participantes neste estudo, nomeadamente em termos socioeconómicos e culturais, dos seus hábitos alimentares, prática de atividade física, ocupação dos tempos livres, rotinas diárias e avaliação da estima e aparência corporal e conhecer a relação destes parâmetros com a ocorrência de excesso de peso.

II. Objetivos

O objetivo geral deste estudo consiste em caracterizar o estado nutricional e identificar comportamentos que fazem parte do estilo de vida dos adolescentes e que se afirmem como promotores do excesso de peso, através da exploração da relação entre os hábitos alimentares, a atividade física, a estima e a aparência corporal e o excesso de peso, em função do sexo e da idade nos adolescentes participantes.

Deste modo, é possível formular-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a prevalência de magreza, pré-obesidade e obesidade nos adolescentes;
- Caracterizar os hábitos alimentares dos adolescentes;
- Caracterizar as componentes de atividade física dos adolescentes;
- Caracterizar a estima e aparência corporal dos adolescentes;
- Conhecer a relação entre os hábitos alimentares e a ocorrência de excesso de peso nos adolescentes;
- Conhecer a relação entre a atividade física e o excesso de peso nos adolescentes;
- Conhecer a relação existente entre estima e aparência corporal e estado nutricional dos adolescentes;
- Propor metodologias de intervenção para sensibilização dos adolescentes, das famílias e da comunidade para adoção de estilos de vida saudáveis.

III. Enquadramento Teórico

1. Estado nutricional, excesso de peso e obesidade, em Portugal e no Mundo

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o excesso de peso, incluindo a obesidade, tem aumentado de forma considerável, independentemente do sexo, idade ou etnia. As mudanças sócio-económicas melhoraram as condições de vida, mas aumentaram o sedentarismo.

Segundo a OMS, o excesso de peso é consequência da excessiva deposição de gordura por sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. A obesidade é então definida como uma doença crónica em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde e constituir um importante fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças, diminuindo a qualidade de vida e implicando custos elevados. Todos estes aspetos fizeram com que a OMS considerasse a obesidade como a epidemia global do século XXI (DGS, 2005). Em 2010 a OMS (WHO, 2010), refere que cerca de 43 milhões de crianças abaixo dos cinco anos se encontravam com excesso de peso. Antes considerado um problema dos países desenvolvidos, o excesso de peso e a obesidade estão agora a aumentar nos países em vias de desenvolvimento, particularmente nos meios urbanos. Perto de 35 milhões de crianças com excesso de peso vivem nos países em desenvolvimento e 8 milhões nos desenvolvidos. O excesso de peso e a obesidade estão associados a uma maior mortalidade no mundo do que a subnutrição. Cerca de 65% da população mundial vive em países onde o excesso de peso e a obesidade matam mais pessoas do que a subnutrição (em todos os países desenvolvidos e a maior parte dos de médio desenvolvimento).

A obesidade conduz à diminuição da qualidade e da esperança média de vida (Popkin, 2001; Veugeliers, 2005).

A obesidade tem sido relacionada com fatores socioeconómicos, hábitos alimentares, atividade física e estilos de vida. A obesidade na criança e no adolescente é uma preocupação generalizada, dado ser um fator de risco para a saúde em adulto. Diversos estudos indicam que é cada vez maior o número de crianças e adolescentes que têm uma alimentação desequilibrada, caracterizada pela eliminação do pequeno-almoço e pelo consumo de alimentos muito energéticos (Popkin, 2001) e é mais

frequente o sedentarismo e o abandono de atividades físicas mais ativas (Padez et al., 2004).

Uma alimentação muito energética e o sedentarismo são potenciadores de obesidade e fatores de risco que contribuem cada vez mais precocemente para o aparecimento de diversas comorbidades, como hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas ortopédicos e distúrbios mentais (Adami, 2008; Dietz, 1998; Eisenberg et al., 2003; Reilly, 2005; Williams et al., 2005).

Nos adolescentes torna-se relevante a preocupação frequente com o seu próprio peso e imagem corporal, podendo atingir níveis que afetam negativamente o seu bem-estar psicológico. O ideal cultural relativamente à elegância feminina e ao mesomorfismo masculino parecem estar bem incorporados nos jovens (Phelps and Bajorek, 1991). As consequências psicossociais da obesidade estão relacionadas com discriminação social, autoimagem negativa que persiste na adolescência e na vida adulta, gerando problemas de comportamento e de aprendizagem.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde refere no seu programa Nacional contra a Obesidade que “... a obesidade é considerada, hoje, a 2^a causa de morte passível de prevenção” (DGS, 2005).

Comparativamente com o resto da Europa, Portugal apresenta-se no topo dos países com maiores valores de prevalência de obesidade infantil. No estudo de Padez et al. (2004), observou-se, em crianças de 7 a 9 anos, uma prevalência de obesidade de 10.3% nos rapazes e 12.3% nas raparigas, e de pré-obesidade de 19.1% nos rapazes e 21.4% nas raparigas.

Recentemente a O.M.S. propôs a criação de um sistema de vigilância da obesidade infantil, atendendo a que anualmente 400.000 crianças atingem excesso de peso, tendo assim surgido a European Childhood Obesity Surveillance Initiative, assumindo Portugal a coordenação europeia desta iniciativa. A implementação deste sistema de vigilância permitiu obter informação sobre o estado nutricional a cada 2 anos, instrumentos de avaliação e monitorização da prevalência de obesidade em crianças dos 6 aos 10 anos da Europa, possibilitando também, identificar grupos em risco. A prevalência de pré-obesidade ($P85 \leq IMC < P95$) das crianças portuguesas dos 6 aos 9 anos do 1º ciclo do Ensino Básico foi de 17,6% e de obesidade ($IMC \geq P95$) foi de 14,5%, somando uma prevalência de 32,1% de excesso de peso. O excesso de peso foi maior nos rapazes (34,0%) do que nas raparigas (30,3%). Das regiões do país estudadas, aquela que mostrou maior prevalência de pré-obesidade e obesidade foi a dos

Açores (18,9% e 22,2%, respetivamente) e a que mostrou menor prevalência de pré-obesidade e obesidade, foi a Região do Algarve (10,7% e 8,7%, respetivamente), conforme demonstra o gráfico da figura 1 (Rito e Breda, 2010).

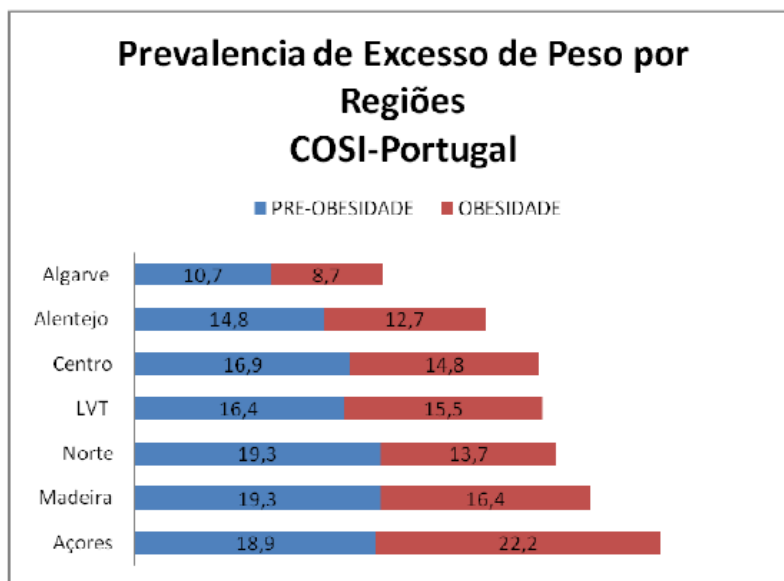


Figura 1 Prevalência de excesso de peso em adolescentes portugueses (Rito e Breda, 2010)

Um estudo recentemente desenvolvido por Albuquerque et al (2012) com crianças portuguesas dos 6 aos 12 anos da região centro permitiu reconhecer que nas crianças dos 7 aos 9 anos houve um aumento nos últimos dez anos em cerca de 10% em relação ao estudo de 2002. Esta realidade é semelhante à da Espanha, Grécia e Itália. Assim, na Europa, 31,8% de crianças estão com excesso de peso e 7 a 9% com obesidade. Verificou-se que a prevalência de excesso de peso é maior nos rapazes (36,5%) do que nas raparigas (29,7%), embora não haja diferença significativa em relação à obesidade. A explicação para estes resultados talvez se deva ao sedentarismo dos rapazes com os jogos de eletrónicos e computador, seguindo a tendência dos outros países do sul da Europa.

Lissau e colaboradores (2004), num estudo com adolescentes de 13 e 15 anos oriundos de 15 países, entre os quais Portugal, constataram que as quatro mais elevadas prevalências de excesso de peso foram nos Estados Unidos, Irlanda, Grécia e Portugal. Vários estudos feitos com adolescentes portugueses são bem elucidativos desta realidade. Em adolescentes do distrito do Porto, foi observada uma prevalência de pré-obesidade de 16.9% e de obesidade de 11.3%, para os rapazes, e uma prevalência de

pré-obesidade de 16% e obesidade de 9.2%, para as raparigas, (Ramos and Barros, 2005). Fonseca e Matos (2005), num estudo nacional observaram que os adolescentes com excesso de peso eram 14.4% e que o excesso de peso era mais comum entre os rapazes do que entre as raparigas, mas havia mais raparigas obesas do que rapazes. Por seu turno, num estudo com adolescentes de Lisboa, Marques-Vidal et al (2008) observaram que em raparigas a prevalência de magreza, excesso de peso e obesidade eram 5,6%, 19,7% e 4,7%, respetivamente. Enquanto que a percentagem correspondente nos rapazes era de 3.9%, 17.4% e 5.3%. Fazendo um estudo da prevalência destes indicadores por idade e sexo concluiu-se que a prevalência de magreza é mais frequente do que a obesidade a partir dos 14 anos nas raparigas e a partir dos 16 anos nos rapazes.

Quando se considera a população adulta portuguesa, verifica-se que os valores de pré-obesidade são maiores para homens (45,2%) do que para mulheres (34,4%), o mesmo acontece para os valores de prevalência de obesidade, sendo nos homens 15,0% e nas mulheres 13,4% (Carmo et al., 2008).

Todos os estudos revelam que a prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou nas últimas duas décadas por todo o mundo em adultos e crianças. No contexto europeu, nota-se prevalência nos países do sul (Padez et al, 2004). Este facto tem sido predominantemente interpretado como consequência de mudanças na dieta alimentar, uma provável consequência do aumento do consumo de leite, carne, ovos, gordura e açúcar (Barreto, 96-2000) e de mudanças no dispêndio energético, causado por aumento do sedentarismo e redução de exercício físico.

2. Dieta e hábitos alimentares

Na abordagem desta temática importa definir alguns conceitos que devem reger a dieta e os hábitos alimentares. Por padrão alimentar, Mendonça (2007) entende a composição de alimentos que constituem a dieta dos indivíduos, o seu valor calórico, a distribuição de macro e micronutrientes e a adequação às necessidades fisiológicas. Os horários, a regularidade e a frequência das refeições também podem caracterizar o padrão alimentar. Para uma alimentação ser equilibrada deve atender à quantidade, à qualidade e harmonia nutricionais e à adequação individual. A eliminação do pequeno-almoço e a generalização do consumo de fast-food são comuns entre os adolescentes, principalmente nos países industrializados (WHO, 2005).

Numa tentativa de promover a educação alimentar na população em geral surgiu em Portugal (1977) a Roda dos Alimentos, no âmbito da Campanha de Educação Alimentar "Saber comer é saber viver". Em forma de círculo, divide-se em segmentos de dimensões diferentes, que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes. Ao abrigo do programa Saúde XXI, foi possível desenvolver um projeto que permitiu lançar a nova Roda dos Alimentos, apresentada sob a forma de cartaz acompanhado de folheto informativo. Mantém o seu formato original, já associado ao prato, sinal da nossa cultura alimentar em torno da mesa. Para além dos objetivos pedagógicos de índole nutricional foram ainda tidos em consideração nesta atualização a promoção de valores culturais e sociais relacionados com a sociedade portuguesa. Alimentos da nossa tradição, como o pão de qualidade, o azeite, o pescado, as leguminosas ou os hortícolas foram valorizados (DGSa).

Mas, em muitos outros países a roda deu lugar à pirâmide dos alimentos na década de 90. No entanto, após sérias críticas acerca da hierarquização dos alimentos, dando assim mais importância a uns do que a outros, surge em 2005 a nova pirâmide, que contém todos os grupos alimentares da pirâmide original, incluindo também a representação gráfica da atividade física com a Healthy Eating Pyramid (HSPH). Esta representação promove o conceito de equilíbrio entre a ingestão alimentar e a atividade física, simboliza um estilo de vida saudável através da alimentação equilibrada e da atividade física regular. Apela para a variedade, moderação, proporcionalidade, atividade física regular, individualização e para a importância de progressos graduais (HSPH).

Em Portugal, a tradição está ligada principalmente à alimentação mediterrânica, considerada como protetora de muitas doenças. No entanto, têm surgido alterações nos nossos hábitos alimentares. Estas mudanças têm acompanhado os índices e o padrão de morbilidade e mortalidade do resto da Europa. (Loureiro, 2004).

O Projeto Aventura Social e Saúde realizou em 1998 e em 2002, um estudo comparativo de género com adolescentes, com o objetivo de conhecer os seus comportamentos e os estilos de vida, de modo a poder intervir adequadamente em estratégias preventivas. Neste concluiu-se que houve: uma diminuição no consumo de fruta e um aumento no consumo de refrigerantes, quer nos rapazes, quer nas raparigas, em todas as idades; um aumento no consumo de hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas nos rapazes e diminuição nas raparigas e um aumento no consumo de doces e chocolates em ambos os sexos e em todas as idades (Matos, 2002).

Quanto à inadequação de micro e macronutrientes em crianças portuguesas, observou-se que a prevalência de inadequação de cálcio, vitamina E, folato, molibdénio e fibra é extremamente elevada, observando-se ainda um padrão nutricional excessivamente rico em gordura e proteína e pobre em hidratos de carbono (Padez et al, 2004).

Estes resultados são esclarecedores quanto à necessidade urgente de intervir ao nível das escolas e das famílias, de forma a estimular hábitos alimentares mais saudáveis.

Segundo a OMS (WHO, 2005) os adolescentes são um grupo suscetível a grande vulnerabilidade nutricional, pois não só necessitam de satisfazer as necessidades nutricionais para assegurar o crescimento acelerado, como também são bastante suscetíveis às influências ambientais, como a publicidade para dietas industrializadas. Podem particularizar-se várias condições problemáticas na adolescência: a subnutrição, deficiência em ferro e outros micronutrientes, a obesidade e o risco para doenças cardiovasculares, a gravidez precoce e as dietas e estilos de vida não saudáveis.

3. Atividade física

O exercício, a atividade física e os tempos livres são conceitos distintos, estando contudo associados à conceção de saúde e bem-estar físico e psicológico dos jovens. A atividade física em período escolar ou nos tempos livres tem tido ultimamente um reconhecimento crescente na promoção da saúde e na prevenção da doença (Dubbert, 2002), sendo considerada como um dos principais indicadores de saúde. Matos e Sardinha (1999) referem que são inúmeros os benefícios da prática de exercício físico, sistematizando-os como físicos e psicológicos. Em termos físicos os autores consideram que existe um efeito protetor na adaptação ao stress, alívio da tensão muscular, redução da dor, maior longevidade e um risco significativamente menor de doenças coronárias. No respeitante aos benefícios psicológicos, estes apontam para uma maior perceção da eficácia e controlo pessoal, reforço social e melhoria emocional, podendo reduzir significativamente a sintomatologia depressiva, a qual pode estar relacionada com a diminuição da ansiedade. Por outro lado, as mudanças corporais resultantes do exercício e da atividade física podem alterar a autoimagem corporal que cada indivíduo possui e, por isso, promover e aumentar o autoconceito.

Os exercícios predominantemente aeróbios como corridas, caminhadas, natação, ciclismo, entre outros, são os mais indicados para a promoção e manutenção da saúde. Estes exercícios caracterizam-se pela utilização de lipídios como fonte de produção de energia durante o exercício, mas também utilizam os carboidratos. A intensidade do exercício determina o substrato a ser utilizado, gorduras ou carboidratos. Quanto menor for a intensidade do exercício, maior a percentagem de utilização de gordura, e quanto maior a intensidade, maior a utilização de carboidratos (Campos, 2001). Na prática de atividade física deve adequar-se a intensidade, o volume, o intervalo e a frequência de treino, pois todas estas variáveis têm efeitos benéficos, sobretudo quando associadas às dietas saudáveis (Silva, 2009).

Contudo, a influência do exercício no controlo do peso, especialmente na ausência de alterações alimentares, está dependente em grande medida do volume e dispêndio energético e do nível de adesão ao programa de atividade física. Sendo que, quando este é adotado como prescrito, os seus efeitos têm uma eficácia elevada. Para maximizar a adesão continuada à atividade física é necessário promover a autodeterminação, no sentido de garantir maior significado e satisfação pessoais (Teixeira et al., 2006).

No caso específico dos adolescentes, World (1993) refere que o exercício está também relacionado com a facilidade de fazer novos amigos, receber um bom suporte social, aliado a um sentimento de satisfação na escola. Martin (2004) refere também que qualquer tipo de atividade física proporciona aos adolescentes a possibilidade de se expressarem, adquirir autoconfiança e desenvolver um sentimento de integração face a um grupo.

A identificação dos diversos fatores que influenciam a prática de exercício físico é fundamental para tentar alterar os níveis de sedentarismo nos jovens. Os estudos longitudinais revelam uma diminuição progressiva da atividade física ao longo da adolescência, sendo esta probabilidade maior no sexo feminino (CDC, 1999). O papel do género tem sido dos mais estudados e parece ser consensual que os rapazes praticam mais atividade física do que as raparigas. Este facto pode estar relacionado com o meio cultural e social em que os jovens residem. As regras implícitas de comportamento para cada género valorizam nas raparigas as atividades escolares e o conhecimento, enquanto que nos rapazes são valorizadas as atividades físicas (Gonçalves, 2007).

De acordo com a OMS, os pais têm uma importante responsabilidade na vida ativa dos seus filhos, uma vez que, se praticarem atividade física, os filhos serão

tendencialmente mais ativos. Os amigos são também um forte agente socializador, pois os jovens que têm amigos ativos têm maior probabilidade de ser igualmente ativos. As condições do local de residência e o clima podem também influenciar a prática de atividade física.

A escola, enquanto espaço educacional, tem um papel determinante na educação para a saúde. A prática de Educação Física deve preparar as crianças e os adolescentes para um estilo de vida mais ativo, em que a atividade física faça parte integrante do seu dia a dia (Mckenzie, 1991 *in* Mota, 1992).

Diversos estudos têm-se centrado no impacto da adoção de atividades físicas moderadas na vida dos indivíduos, assinalando que a atividade física tem permanecido a um nível muito baixo em diversos subgrupos da população (Marcus et al, 2000), nomeadamente, em jovens que pertencem a minorias étnicas, jovens com deficiência ou com baixos rendimentos económicos (Vilhjalmsson and Kristjansdottir, 2003).

Analisando os resultados dos estudos feitos periodicamente com adolescentes portugueses, no âmbito do projeto Aventura Social, já referido, pode confirmar-se que são os rapazes e os jovens mais novos que praticam mais atividade física. Relativamente aos fatores associados à prática de atividade física são os rapazes e os jovens com 15 anos, que percecionam mais positivamente a atividade física, quanto ao bem estar que produz, à satisfação dos amigos e ao contributo para ocupação do tempo. A prática desportiva regular é maior nos rapazes e nos jovens mais novos, sendo as modalidades mais praticadas por rapazes o futebol, o basquetebol e o ciclismo, enquanto que as raparigas praticam mais ginástica e natação. O estudo evolutivo dos relatórios periódicos permite referir que a prática de atividade física e de desporto aumentou em 2006 e tende a manter-se em 2010.

Num estudo realizado com uma população de jovens europeus de 12 e de 15 anos abrangendo 4964 indivíduos de 5 países verificou-se que as atividades desportivas não figuram entre aquelas que os jovens realizam nos seus tempos livres. Verificou-se ainda que a idade estava associada ao abandono da prática de atividades físicas organizadas e que as raparigas praticam menos desporto que os rapazes (Cloes et al., 1997). Verificou-se ainda que a frequência e intensidade das atividades praticadas são, na maioria dos casos inferiores às necessárias para induzir efeitos benéficos para a saúde (Ledent et al., 1997). Biddle (1995) refere que o facto da atividade física fazer parte do estilo de vida, saudável e ativo, do jovem é uma garantia da prática da atividade física no futuro.

A importância do estabelecimento precoce de um estilo de vida ativo na manutenção desse estilo de vida na idade adulta foi ainda referida por Sallis e Hovell (1990) que defendem que as maiores associações com a prática da atividade física vêm da percepção de uma eficácia pessoal, dos conhecimentos relacionados com os benefícios da atividade física, das atitudes pessoais face à prática da atividade física e da prática da atividade física no passado.

A escola deve assim ser encarada como um dos locais mais relevantes no estabelecimento de hábitos de atividade física, o que poderá potenciar a aposta de prática de exercício físico no tempo livre.

4. Imagem e estima corporal

A auto-estima parece ser um dos fatores que contribui para a percepção da imagem corporal. Rosenberg (1965) entende a auto-estima como a avaliação que a pessoa efetua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. Para Vaz Serra (1986), a auto-estima é a faceta mais importante do auto-conceito e encontra-se associada aos aspetos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Também Pelham e Swann (1989) enfatizam a importância dos fatores cognitivos e afetivos da auto-estima, consideram que a sua organização é complexa, está multideterminada, e identificam três componentes na auto-estima global: a tendência para experimentar estados afetivos positivos e negativos; as conceções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; a forma como as pessoas “interiorizam” as suas auto-imagens, ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “auto-imagens” positivas de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as “auto-imagens” reais e ideais de si próprio. De acordo com a revisão de Santos e Maia (2003), em vários estudos, incluindo em Portugal, constata-se a existência de relação entre auto-estima e género, embora as diferenças sejam pouco significativas, no sexo masculino a autoestima é superior, particularmente durante a adolescência.

Também a influência da vinculação aos pais segundo a revisão de Barbosa e Costa (2001/2002) parece ser importante na imagem corporal dos adolescentes. Vários estudos revelam diferenças quanto aos estilos de vinculação. Quando existe uma vinculação segura aos pais os adolescentes apresentam níveis mais elevados de

satisfação corporal e menos preocupação com a aparência do que os adolescentes inseguros. Por sua vez, os adolescentes desinvestidos revelam maior satisfação com o corpo e encontram-se menos centrados na aparência do que os preocupados e os amedrontados.

Nos adolescentes, a imagem do corpo é um aspecto central no desenvolvimento psicológico e interpessoal e influencia as suas atitudes, comportamentos e estilos de vida (Barbosa et al, 2011). De acordo com Weinshenker (2002), atualmente os adolescentes são mais propensos a preocupações em relação à imagem do corpo, nomeadamente a distorções e sentimentos de insatisfação em relação ao corpo. O género tem sido reconhecido como um fator importante no desenvolvimento da imagem corporal. É geralmente aceite que as adolescentes tendem a ser mais preocupadas e insatisfeitas com o seu corpo do que os rapazes, investindo mais cognitivamente e comportamentalmente na sua aparência física (Demarest and Allen, 2000; Gaspar, 1999).

Muitos investigadores, segundo Barbosa et al. (2011), consideram que as normas e expectativas sociais podem desestabilizar o seu bem-estar, levando à desregulação da alimentação, à depressão ou a outros prejuízos psicológicos por encorajarem as mulheres a estarem atentas e psicologicamente investidas na sua aparência física.

A autoestima, os comentários de familiares e amigos sobre a alimentação, o peso e a forma corporal e a influência dos padrões culturais e sociais são assim considerados fatores de risco relativamente à imagem corporal e que podem provocar doenças relacionadas com os distúrbios alimentares. Um estudo realizado por Wade e Lowes (2002), revela que a autoestima é um fator importante nas desordens alimentares.

Packard e Krogstrand (2002) realizaram um estudo sobre a satisfação com a imagem do corpo e as preocupações relativas ao peso e os comportamentos dietéticos, numa amostra de americanas com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos. Os resultados revelaram que mais de metade das jovens referiram uma ou mais preocupações com o peso e com comportamentos de dieta, que aumentavam com a idade. De salientar ainda que as raparigas que estavam em dieta e se encontravam na faixa etária dos 11-17 anos relataram uma maior insatisfação com o seu corpo.

A forma como o adolescente vê o seu corpo, assim como a perceção que os amigos lhes transmitem, pode contribuir para diferentes níveis de prática de atividade física (Kahn, 2008).

Relativamente à realidade portuguesa, estudos feitos de quatro em quatro anos desde 1998, com amostras representativas dos adolescentes entre os 11 e os 16 ou mais anos, no âmbito do Projeto Aventura Social e Saúde, têm permitido acompanhar a evolução da saúde dos adolescentes portugueses. Neste âmbito, o estudo de 2002 revelou que são as raparigas e os mais velhos que mais consideram estar gordos e que referem estar a fazer dieta atualmente. Os valores obtidos mostram diferenças significativas em relação ao género, mas não em relação à idade. Para controlar o peso são os rapazes que mais referem não fazer nada. Outros comportamentos como aumentar a atividade física, reduzir o consumo de doces e gorduras e aumentar o de frutas, vegetais e de água, são adotados pelas raparigas, com diferenças significativas em relação aos rapazes (Matos, 2002). O relatório de 2006, permitiu traçar um perfil evolutivo da perceção corporal dos adolescentes de 2002 para 2006. A análise dos resultados destaca um aumento do desejo de alterar algo no corpo, de 46,4% para 55,1%, em ambos os géneros, embora sejam as raparigas que mais frequentemente respondem que alterariam alguma coisa no corpo. Este aumento verifica-se em todos os grupos etários, sendo no entanto os jovens de 15 anos os que expressam mais frequentemente esse desejo (Matos, 2006). O relatório de 2010 confirma a tendência de que são os rapazes e não as raparigas quem mais frequentemente considera ter bom ou muito bom aspeto, bem como um corpo ideal e que as raparigas mais frequentemente referem estar a fazer dieta. Porém, o seu IMC revela que os rapazes apresentam maiores índices de excesso de peso (17,2%) do que as raparigas (13,1%) (Matos, 2010).

Os resultados destes estudos devem encorajar uma intervenção precoce, antes dos 11 anos, no sentido de garantir que a dieta promova um crescimento correto e, consequentemente, uma melhor perceção corporal.

5. Metodologias de estudo

Segundo a OMS (1995) as medidas antropométricas, estatura e o peso e índice de massa corporal (IMC) são muito úteis para avaliar o estado nutricional: baixo peso, pré-obesidade e obesidade. Assim, a Direção-Geral da Saúde (2006) indica a utilização do IMC, como adequado à monitorização do estado nutricional, identificando não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também aqueles em risco de virem a sê-lo.

Para MacKenzie (2000), a obesidade não responde facilmente ao tratamento, sendo a prevenção muito importante. Para este autor, o crescimento das crianças deve

ser monitorizado usando o IMC (Índice de Massa Corporal) e os fatores de risco devem ser avaliados, quer pela história de hábitos alimentares, quer pela prática de atividade física.

As campanhas de prevenção correm o risco de serem subvalorizadas face às publicidades que “vendem as virtudes” de certos refrigerantes e outros produtos de “fast foods”. Para as crianças em risco, as estratégias preventivas de intervenção devem incluir uma relação positiva de alimentação, um encorajamento aos hábitos alimentares saudáveis e uma manutenção da atividade física.

O crescimento das crianças não é um processo constante, a velocidade de crescimento em peso, estatura e massa adiposa varia com a idade e com o sexo, o que tem colocado alguma controvérsia sobre qual a melhor opção para a população de referência e quais os valores limites para definição de risco para a saúde. Porém, para a determinação de magreza, pré-obesidade e obesidade, atendendo ao IMC, são atualmente usados os limites de corte segundo um dos padrões de referência: percentis da OMS-2007, percentis da CDC -2000 ou pontos de corte de Cole et al (2000) recomendados pela IOTF.

O modo de distribuição da gordura corporal é também um importante fator de risco para as doenças relacionadas com a obesidade. A acumulação de gordura abdominal é referida como fator de risco para doenças cardiovasculares /cardiometabólicas (dislipidemia e hiperglicemia) e o Perímetro da Cintura (PC) é a medida antropométrica usada para avaliar a massa de gordura abdominal. Segundo Klein (2007), a relação entre o PC, o peso e o IMC pode ser concetualizada pensando o corpo como um cilindro, em que o PC é a circunferência do cilindro e o peso é a sua massa. Enquanto que o IMC dá informação da massa e do volume do corpo, o PC mostra a forma do mesmo. Também é sugerido que esta mensuração pode ser útil para monitorizar a resposta a dietas e tratamentos por exercício, pois o regular exercício aeróbico pode reduzir o PC e os riscos cardiometabólicos sem mudanças no IMC.

São também propostos valores limites para definir valores acima dos quais o perímetro da cintura é um fator de risco para a saúde, quer para as crianças e adolescentes, quer para adultos.

Katzmarzyk (2004), com base nos resultados obtidos no estudo que desenvolveu, referiu que o IMC e o PC, para a identificação do grupo de fatores de risco entre crianças e adolescentes, têm uma significativa utilidade. Parecem indicar uma relação entre IMC e fatores de risco de doenças cardiovasculares entre crianças e

adolescentes para os percentis acima do 85 (excesso de peso). Fica a ideia de que o PC pode ser usado eficazmente para avaliar clinicamente a presença ou ausência de elevados fatores de risco para doenças cardiovasculares entre crianças e adolescentes.

Segundo o estudo de Fernandez (2004), sobre a distribuição de PC em exemplos representativos de crianças/adolescentes africanos, europeus e mexicano-americanos entre os 2 e os 18 anos, a atenção cuidadosa às crianças e adolescentes nos percentis 75 e 90, de acordo com a etnia e sexo, torna-se importante na identificação e prevenção de riscos de várias doenças, como cardiovasculares, hiperinsulinemia e diabetes tipo II.

Dado o aumento da obesidade infantil nas últimas décadas, tem sido demonstrado que as medidas antropométricas são de simples execução e têm grande utilidade, para avaliar a pré-obesidade e obesidade, mediante o IMC e o PC, em exames médicos periódicos (Katzmarzyk, 2004).

As estratégias para prevenir e tratar a obesidade e o excesso de peso na adolescência devem contemplar os fatores psicossociais associados. A identificação de indicadores psicossociais e de estilo de vida distinguem os adolescentes obesos e com excesso de peso dos seus pares, o que poderá influenciar novas estratégias de prevenção e a definição de programas de intervenção que promovam a saúde e o bem-estar, utilizando abordagens interdisciplinares. Desta forma, será facilitado o processo de adaptação que permite ao adolescente obeso uma vivência mais adequada.

Segundo a DGS (2006) a procura de uma faixa de peso saudável e o combate ao excesso de peso e obesidade devem ser uma preocupação de todos os profissionais que trabalham com as crianças e suas famílias. Também as orientações para a elaboração de Projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar - Divisão de Saúde Escolar da Direção-Geral da Saúde, (DGS, 2006) consideram as escolas como grandes promotoras da formação dos hábitos alimentares e da prática regular de atividade física, pois, ao favorecerem uma abordagem curricular e extracurricular destas temáticas, permitem mudar não só conhecimentos como comportamentos.

Na sequência do protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (2006), é definido o enquadramento a observar por Agrupamentos/Escolas no que se refere à Promoção e Educação para a Saúde (Despacho da Secretaria de Estado da Educação, 2006). É então determinado que os Agrupamentos/Escolas devem incluir no Projeto Educativo da Escola (PEE) as temáticas prioritárias conexas com a Promoção e Educação para a Saúde: Alimentação e Atividade Física; Consumo de Substâncias Psico Ativas; Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis,

Designadamente VIH-Sida e Violência em Meio Escolar. Neste âmbito, as temáticas estabelecidas devem garantir a articulação com as famílias dos alunos e com os Centros de Saúde, no sentido de implementar ações conducentes à proteção e promoção da saúde global.

Cabe então às escolas a importante função e responsabilidade de envolver os alunos e suas famílias nestas temáticas prioritárias, através de estratégias diversificadas, com o intuito de que os conhecimentos e vivências se traduzam em estilos de vida saudáveis no dia a dia dos nossos adolescentes.

IV. Material e métodos

1. Amostra

A metodologia adotada para a obtenção da informação pretendida consistiu num estudo transversal com aplicação de questionários e avaliação antropométrica de adolescentes em meio escolar, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, em 15 de Setembro.

A seleção das três escolas para a realização do estudo teve em consideração a possibilidade de existência de variabilidade sócio-económica. As escolas solicitadas aceitaram participar no estudo, pertencem ao Concelho de Sintra e lecionam o 3º Ciclo do Ensino Básico, embora o Colégio Vasco da Gama e o Agrupamento de Escolas António Sérgio sejam escolas de 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico e a Escola Matias Aires seja uma escola de 3º Ciclo e Secundário.

O questionário aplicado era dirigido aos alunos, totalmente anónimo e constituído por grupos de perguntas sobre fatores sócio-económicos familiares, hábitos alimentares, hábitos de atividade física, imagem e perceção corporal do aluno. O protocolo aplicado foi autorizado pela Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação e o encarregado de educação de cada observado deu o seu consentimento informado. Mostraram disponibilidade 1133 adolescentes, de ambos os sexos. De particular relevância o facto de alguns alunos, visivelmente com pré-obesidade/obesidade, não trazerem autorização para participar.

O preenchimento dos questionários decorreu em contexto de sala de aula, após esclarecimento dos objetivos do estudo, da importância da participação dos alunos e de informações gerais sobre alguns campos. A avaliação antropométrica de cada aluno era realizada quando respondidas no questionário as perguntas sobre a auto-avaliação do seu peso e estatura.

Todo este processo de aplicação dos questionários e de avaliação antropométrica teve início em novembro de 2011 e prolongou-se até maio de 2012. Foi bastante moroso, dada a dimensão da amostra e dado ser necessário compatibilizar com a atividade escolar dos alunos.

2. Mensurações antropométricas e índices

A recolha de dados antropométricos, peso, estatura e perímetro da cintura nos adolescentes teve por objetivo determinar o estado de crescimento e o estado nutricional para conhecimento da prevalência de pré-obesidade e obesidade.

A avaliação antropométrica seguiu as recomendações metodológicas internacionais de CDC (2000).

Para a obtenção do peso foi utilizada uma balança digital portátil de precisão até às milésimas e o peso registado em kg. Era solicitado a cada aluno que se descalçasse e mantivesse vestidas apenas roupas leves, que subisse para a balança cuidadosamente, permanecesse na posição vertical e distribuisse o peso do corpo igualmente pelos dois pés.

Para a avaliação da estatura foi usado um estadiómetro portátil, de precisão às milésimas e a estatura registada em metros. Era pedido ao observado que se colocasse na posição ereta, com a cabeça segundo o plano Frankfurt, de costas para o estadiómetro com os pés descalços, calcanhares juntos e encostados ao equipamento.

Na medição do perímetro da cintura (PC) foi usada uma fita métrica, a mensuração com aproximação às décimas e registada em centímetros. Era pedido ao observado para se manter de pé, descalço, com os calcanhares juntos, os braços ao longo do corpo, que respirasse normalmente e relaxasse a região abdominal. Após a expiração, a mensuração era retirada na região entre a margem subcostal da caixa torácica e o ponto mais elevado da crista ilíaca.

Registou-se a data e hora da avaliação antropométrica de cada observado. Foi depois determinada a idade decimal à data de observação antropométrica e estabelecidos dois grupos etários ≥ 12 -14 anos e ≥ 15 -17 anos, atendendo ao que OMS (WHO 2005) refere sobre as fases para divisão da adolescência da WHO/UNICEF (1995): adolescência inicial, 10/13-14/15 anos; adolescência média, 14/15-17 anos e adolescência tardia, 17-21, mas variável.

Através dos valores obtidos do peso e da estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal dividindo o peso em kilogramas pelo quadrado da estatura em metros, ($IMC = \text{peso Kg} / \text{estatura m}^2$).

Para a determinação do estado nutricional consideraram-se as referências internacionais recomendadas para o IMC, segundo sexo e idade, pela IOTF e CDC 2000. Procedeu-se à determinação do estado nutricional de cada adolescente, utilizando os pontos de corte ajustados para as cinco classes referenciadas por Cole et al. (2000;

2007): classe 1, magreza, correspondente a um IMC inferior a 17; classe 2, peso baixo, correspondente a um IMC entre 17 e 18,49; classe 3, normal, correspondente a um IMC entre 18,50 e 24,99; classe 4, pré-obesidade, correspondente a um IMC entre 25 e 29,99; classe 5, obesidade, correspondente a um IMC igual ou superior a 30.

A terminologia usada para a referência às categorias de IMC, quando agrupadas, será peso baixo ou normal (PBN) quando do conjunto faz parte a magreza, peso baixo e peso normal e será excesso de peso (ExP) quando se considerar o conjunto de pré-obesidade e obesidade.

Para a definição de limites de corte para o PC, adotaram-se como referência os valores de percentil propostos por Fernandez (2004), os adolescentes foram classificados em função da idade e do sexo em três classes: classe 1 $P < 75$, classe 2, $P \geq 75$ e $P < 90$ e classe 3 $P \geq 90$.

3. Fatores exógenos

Os fatores em estudo relacionam-se com o ambiente sócio-económico familiar e estilos de vida dos adolescentes, os seus hábitos alimentares e atividade física. O questionário seguiu modelos internacionais e foi adaptado para aplicação no estudo, sendo considerados vários grupos de questões, com uma estrutura geral baseada no CHIS 2009, Adolescent Questionnaire Version 7.8 (CHIS, 2010).

Um grupo de questões considera os fatores sócio-económico e demográficos do contexto familiar a fim de conhecer a escolaridade e profissão dos pais, o número de pessoas e tipo de agregado familiar, a nacionalidade e a disponibilidade de equipamentos/bens não considerados essenciais, de modo a caraterizar o nível sócio-económico familiar.

Um segundo grupo de questões foca os hábitos e as preferências alimentares dos jovens e a disponibilidade de alguns alimentos no contexto familiar. Relativamente aos hábitos alimentares considerou-se pertinente conhecer o número de refeições diárias e o local onde as mesmas ocorrem ao longo de cada dia da última semana, a toma do pequeno almoço, a frequência e o tipo de restaurantes frequentado no último mês, a comida preferida e a existência em casa de frutas e/ou vegetais, de refrigerantes e de chocolates, bolachas, doces ou bolos. A frequência alimentar foi conhecida quanto à frequência de consumo de alimentos no último mês quanto a 5 níveis (de nunca até 3 vezes por semana) para 35 parâmetros relativos a: produtos lácteos; ovos, carne e peixe;

óleos e gorduras; pão, cereais e similares; doces e pasteis; hortaliças e legumes; bebidas (não alcoólicas e alcoólicas) e fast-food. Foi usado como referência o questionário QAF TEEN.

Um terceiro grupo de questões aborda a atividade física e o sedentarismo. Foi aplicado o conjunto de questões do IPAQ versão curta, onde se considerou a frequência de dias da semana e tempo por dia gasto na prática de atividades físicas intensas, moderadas, de caminhada e tempo sentado nos últimos sete dias. O IPAQ versão curta considera questões de quatro domínios, tempo gasto em atividades físicas de lazer, domésticas, do trabalho e do modo como o indivíduo se desloca, sendo conhecido o dispêndio energético nas atividades físicas de andar, moderadas e intensas, mas não conhecemos o seu domínio específico. Foi também questionada a prática desportiva organizada no atual e passado anos letivos, qual a atividade desportiva e tempo semanal gasto.

Quanto às rotinas diárias dos adolescentes foram consideradas questões sobre a atividade semanal quanto a: tempo letivo e de estudo, tempo de lazer gasto em atividades sedentárias (ler, vídeo jogos, ver televisão, computador) e tempo gasto em tarefas domésticas.

De referir que foi questionada a existência de problemas de saúde, para identificar situações que se revelassem limitantes à prática de exercício físico.

Quanto ao IPAQ versão curta, para além dos resultados sobre a frequência (dias/semana) e duração (tempo/dia), foram calculados os níveis de atividade física expressos em MET-minutos/semana (MET-min/sem), conforme IPAQ scoring protocol/short form (IPAQ, 2005). Foram excluídos os casos com tempo gasto na atividade inferior a 10 minutos e com tempo gasto superior a 960 minutos ou 16 horas. As fórmulas utilizadas para o cálculo do nível de atividade física intensa, moderada, de caminhar e total foram as seguintes:

Nível de atividade física intensa (AFI), MET-min/sem = $8,0 \cdot \text{min} \cdot \text{dias}$;

Nível de atividade física moderada (AFM), MET-min/sem = $4,0 \cdot \text{min} \cdot \text{dias}$;

Nível de atividade física para caminhar (AFC), MET-min/sem = $3,3 \cdot \text{min} \cdot \text{dias}$.

Caminhar nos 7 dias = $3,3 \cdot \text{min} \cdot 5 \text{ dias uteis} + 3,3 \cdot \text{min} \cdot 2 \text{ dias (sd)}$

Nível de atividade física total, MET-min/sem = AFI+AFM+AFA

Para se proceder à classificação do nível total de atividade física nas classes intensa, moderada e baixa seguiram-se os seguintes critérios:

Intensa: ≥ 3 dias atividade física intensa e ≥ 1500 MET-min/sem. ou

≥ 7 dias, de atividade física total e ≥ 3000 MET-min/sem.

Moderada: ≥ 3 dias atividade física intensa ≥ 20 min/dia, ou

≥ 5 dias atividade física moderada ou andar ≥ 30 min/dia, ou

≥ 5 dias, de atividade física total (intensa, moderada ou andar) e ≥ 600 MET-min/sem.

Baixa: os restantes casos.

Quanto à atividade física organizada o tempo gasto por semana foi agrupado em quatro classes de acordo com o tempo gasto em horas/dia: Nenhuma; $\leq 0,5$; $> 0,5$ e ≤ 1 ; > 1 .

Para as atividades semanais gastas em rotinas diárias, do quotidiano e de lazer, nos tempos livres da escola em sete dias da semana, do último mês, foi calculado o tempo médio diário (h/dia) gasto a estudar, a ver televisão, a ver DVD/vídeos, na internet/ lazer, na internet /estudo, com jogos eletrónicos, a fazer os trabalhos da escola e a fazer tarefas domésticas: tempo médio gasto por dia(h/dia) = (nº horas dia útil *5+ nº horas sab.+ nº horas dom.)/7.

4. Imagem e estima corporal

Para conhecer a perceção que os adolescentes têm de estruturas do seu corpo e conhecer a importância que a aparência tem na sua vida foram aplicados a escala de estima corporal e o inventário de esquemas de aparência.

A escala de estima corporal pretende avaliar componentes específicos da estima corporal, para partes do corpo usando uma escala de classificação tipo Likert, com variação crescente de 1 a 5 (1 significa “sinto-me muito mal” a 5 “sinto-me muito bem”) O grau de satisfação corporal pode ser obtido pela soma de todos os itens, correspondendo um valor mais elevado a uma maior satisfação. Apesar desta escala ter sido desenvolvida por Franzoi e Shields (1994), recorreu-se à versão portuguesa utilizada e revista por Barbosa (2001, 2008).

O inventário de esquemas de aparência permite conhecer a atenção focalizada e o investimento emocional na própria aparência, as crenças culturais e relativas ao desenvolvimento da aparência individual, as crenças acerca das influências interpessoais atuais e futuras na própria aparência e a internalização dos estereótipos de aparência (Barbosa, 2008; Cash and Labarge, 1996). Considera 14 questões e a resposta utiliza uma escala tipo Likert de 1 a 5, em que 1 significa “ Discordo totalmente” e 5

“Concordo totalmente”. Este inventário, desenvolvido por Thomas Cash (Cash and Labarge, 1996), foi já aplicado à população portuguesa, revelando boas características psicométricas (Barbosa, 2001; 2008).

Foi ainda questionada a autoavaliação da estatura e peso e o que o adolescente fazia em relação ao controlo do peso, no sentido de avaliar a importância que este aspeto tem para o adolescente e a(s) estratégia(s) a que recorre para o conseguir.

5. Análise estatística

Para informatização dos dados e sua análise estatística utilizou-se o programa informático SPSS – versão 20. Após a introdução dos dados foi efetuada uma análise exploratória a fim de verificar a existência de erros nas variáveis introduzidas, verificou-se que oito alunos excediam a idade estabelecida no âmbito do estudo, pelo que foram eliminados. A dimensão total da amostra é assim de 1125 adolescentes. Algumas variáveis foram calculadas a partir das variáveis iniciais e foram caracterizadas anteriormente. A fim de analisar frequências de ocorrência para diversas variáveis foram contruídas classes, para as quais estão definidos os intervalos limites nas tabelas de resultados, porém em situações que se considerou necessário a caracterização foi acima abordada.

Apresentam-se resultados de estatística descritiva, médias (M) e desvio padrão (DP) e percentagens de ocorrência. Na análise da associação entre variáveis recorreu-se à comparação de frequências pelo teste X^2 e à inferência de igualdade de médias mediante a aplicação do teste t , t emparelhado ou ANOVA. Para a amostra total quando foi obtida diferença significativa no teste de X^2 foi usada a regressão logística binária na avaliação da medida de associação entre a variável dependente excesso de peso dos adolescentes (codificada em, 1 = presença e 0 = ausência) e as variáveis independentes, socioeconómicas e dos estilos de vida, sendo calculado o odd ratios (OR) e o intervalo de confiança 95% para cada caso. A análise exploratória de fatores em componentes principais (ACP) com rotação Varimax foi usada no estudo das variáveis de intervalo do questionário de frequência alimentar e de imagem e estima corporal. As questões colocadas são de respostas em escala crescente de 1 a 5. As análises fatoriais de componentes principais permitem reduzir o número de variáveis, criando um modelo mais simplificado, e obter uma estrutura fatorial composta por subescalas distribuídas por um menor número de fatores explicadores de variância. Com o objetivo de verificar

o efeito das variáveis independentes, o sexo, a idade e o IMC, nas componentes encontradas, foram realizadas análise de correlação e análises de variância. Considerou-se existir significância para $p < 0,05$.

V. Contexto sócio económico

1. Caraterização socio económica e demográfica

Aigualva-Cacém é a cidade na qual residem cerca de 70% dos alunos que constituem a amostra deste estudo. Criada pelo decreto-lei nº 39210, de 15 de Maio de 1953, foi elevada à categoria de vila pela Lei nº 66/85, devido ao intenso desenvolvimento populacional e urbano, e à categoria de cidade pela Lei nº 34/2001, de 12 de Julho. Desta cidade, faziam parte quatro freguesias: Agualva, Cacém, Mira-Sintra e São Marcos.

A cidade de Agualva-Cacém apresenta uma superfície total de 10,507 km² e situa-se a sudoeste do Concelho de Sintra, um dos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa.

Em termos de acessibilidades, a cidade é servida fundamentalmente por uma linha de caminho de ferro suburbana e por um acesso rodoviário, o IC19, que asseguram as ligações entre Sintra e Lisboa. São estes dois importantes eixos de comunicação que permitem as deslocações pendulares dos seus habitantes que, maioritariamente, trabalham fora da sua área de residência.

Os resultados obtidos pelo Censos 2011 permitem-nos conhecer a evolução da população da cidade, relativamente aos obtidos no Censos 2001. Verifica-se assim que as freguesias com crescimentos acentuados até finais do Séc. XX e localizadas ao longo do ramal ferroviário de Sintra perderam população. Entre outras, as freguesias de Agualva, Cacém, São Marcos e Mira Sintra apresentam quebras estimadas na ordem dos 3%. O envelhecimento geral da população e do parque habitacional aliado à descida nos parâmetros da imagem e da atratividade do tecido urbano e social destas freguesias serão fatores que justificarão esta tendência (INE, Censos 2011). De acordo com dados do INE, no Censos 2011, a cidade terá 79805 habitantes, dos quais 35824 residem na freguesia de Agualva, 21289 na freguesia do Cacém, 17412 na freguesia de São Marcos e 5280 na freguesia de Mira-Sintra. Apesar desta quebra populacional, a cidade continua a ser densamente povoada e a acolher população oriunda de outras partes do país e do mundo, sobretudo da Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (Anexo 1.1).

Residindo a maioria dos alunos que participaram neste estudo nas freguesias de Agualva, Cacém e Mira-Sintra, será feita a caracterização sócio económica das freguesias de Agualva e do Cacém em conjunto e a de Mira-Sintra em separado, uma vez que as realidades são um pouco diferentes.

▪ Freguesias de Agualva e do Cacém

Agualva é a maior das quatro freguesias da cidade, quer em termos de área (com cerca de 4,83 km²), quer em termos populacionais, com 44,9% dos residentes na cidade. O Cacém é a segunda maior freguesia da cidade com uma área de 2,17 km² e com 26,7% dos residentes na cidade (Anexo 1.1).

Alguns dados estatísticos obtidos no Censos 2011 revelam que, em termos médios (Anexo 1 – 2 a 5):

- a) a maioria da população, 57,5%, se situa na faixa etária dos 25 aos 64 anos e que 29,1% tem menos de 25 anos;
- b) apenas 23,6% da população tem como nível de escolaridade o ensino secundário, 1,2% o ensino pós secundário e 12,0% o ensino superior, ou seja, 63,2% da população tem o 3º ciclo ou menos;
- c) os analfabetos com 10 ou mais anos representam 1,9% da população, sendo sobretudo mulheres (1,4%);
- d) o sector terciário ocupa 80,8% da população economicamente ativa, seguido do sector secundário com 19,1%;
- e) a taxa de atividade económica é de 53,5% para os homens e de 50,8% para as mulheres;
- f) a taxa de desemprego é de 15,4% entre os homens e de 13,6% entre as mulheres;
- g) na população desempregada, a procura de novo emprego é cerca de quatro vezes mais frequente do que a procura do primeiro emprego;
- h) existem 10954 núcleos familiares em Agualva e 6494 no Cacém.

No que diz respeito a equipamentos sociais, apesar do aparecimento progressivo de escolas, infantários, centros médicos e de saúde, mercados, bancos e outros serviços em ambas as freguesias, a oferta está ainda aquém das necessidades da população, nomeadamente a nível de lazer e de instituições não lucrativas de apoio à infância e à terceira idade. A nível cultural salientam-se as iniciativas das coletividades e associações, de entre as quais assumem particular relevo a Associação dos Bombeiros Voluntários de Agualva-Cacém (BVAC), a Biblioteca Municipal de Agualva-Cacém e a

ARPIAC – Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Agualva-Cacém. Em termos desportivos, as freguesias dispõem de dois campos de futebol, o “ Agualva” e o “Atlético do Cacém”, de uma piscina nos BVAC e de um pavilhão desportivo, “Os novos Talentos”, em Agualva, adaptado à prática de várias modalidades desportivas. De ressaltar que a utilização destes espaços desportivos envolve pagamento. Espaços públicos para lazer estão confinados ao Parque Urbano da cidade, que se localiza entre estas freguesias, e que requer manutenção dos espaços e do equipamento existente.

No plano sócio-económico, verifica-se que alterações nas relações familiares tradicionais, com o aumento da população idosa, com uma taxa crescente de atividade feminina, com a dimensão média da habitação e com um enorme número de população ausente da área de residência muitas horas por dia, potenciaram o aparecimento de problemas sociais. Constatam-se, na população mais jovem, situações de absentismo escolar, consumo de álcool e de outras drogas, pequena criminalidade e gravidez na adolescência.

O desemprego elevado, a inadaptação social e uma forte tendência consumista, têm contribuído para um elevado esforço económico mensal e alto nível de endividamento das famílias. Segundo as Juntas de Freguesia, tem-se assistido ao agravamento da carência económica das famílias em situação de risco e também ao crescimento exponencial de muitas situações novas de carência aguda, onde a fome atinge já muitos agregados, tendo quase todos eles crianças em fase de desenvolvimento.

▪ Freguesia de Mira-Sintra

A freguesia de Mira-Sintra é a mais pequena da cidade, ocupa uma área de cerca de um quilómetro quadrado e tem 5280 habitantes.

Com base em alguns dados estatísticos do Censos 2011, pode afirmar-se que (Anexo 1-2 a 5):

- a) 46,7% da população se situa na faixa etária dos 25 aos 64 anos e que 30% tem 65 ou mais anos;
- b) apenas 16,1% da população tem como nível de escolaridade o ensino secundário, 0,9% o ensino pós secundário e 7,0% o ensino superior, ou seja, 76% da população tem o 3º ciclo ou menos;
- c) os analfabetos com 10 ou mais anos representam 5,5% da população, sendo sobretudo mulheres (3,9%);

- d) o sector terciário ocupa 79,8% da população economicamente ativa, seguido do sector secundário com 20,0%;
- e) a taxa de atividade económica é de 39,6% para os homens e de 35,1% para as mulheres;
- f) a taxa de desemprego é de 21,5% entre os homens e de 16,8% entre as mulheres;
- g) na população desempregada a procura de novo emprego é cerca de quatro vezes mais frequente do que a procura do primeiro emprego;
- h) existem 1664 núcleos familiares.

Mira-Sintra teve, na sua génese, um bairro social, que foi habitado a partir de 1975. Desde então, o parque habitacional não sofreu grandes alterações, embora a nível populacional tenha vindo a acolher famílias de origem africana e de etnia cigana.

Em termos socioeconómicos, a Junta de Freguesia de Mira Sintra (JFMS) retrata a sua realidade, destacando a deficiente articulação entre as escolas e as famílias; insucesso escolar nos 2º e 3º ciclos (especialmente nos anos de transição); população escolar do 1º ciclo muito carenciada, incluindo ao nível alimentar; Encarregados de Educação pouco participativos; falta de motivação dos alunos para a escola; inexistência de respostas a nível educativo, formativo e ocupacional para os jovens que abandonam precocemente a escola; insuficiente investimento no trabalho com as escolas, para prevenção do abandono escolar; dificuldade de convivência multicultural; elevado número de imigrantes em situação de desemprego e trabalho precário; existência de alguns imigrantes com problemas de saúde mental e alcoolismo; número significativo de imigrantes adultos e crianças indocumentados; famílias de étnia cigana em situação de pobreza e exclusão social.

Perante este contexto sócioeconómico, Mira-Sintra foi considerada, por organismos competentes, uma zona de intervenção prioritária, desde 2004, pelo que tem beneficiado de um conjunto de operações por parte das mais variadas instituições, nomeadamente no campo social, da saúde, económico e da educação, particularmente no apoio a famílias, crianças, jovens e adultos, através do Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano – K´Cidade, que trabalha com outros parceiros, como a Fundação Aga Khan (entidade promotora), Casa Seis, Câmara Municipal de Sintra, Junta de Freguesia de Mira-Sintra, entre outras. Pretende-se assim a integração e a escolarização de crianças e jovens desde a creche até ao final da escolaridade obrigatória.

Em termos de oferta de recursos e atividades aos adolescentes e jovens conta-se o Centro Cultural e Desportivo, a União Sport Clube de Mira-Sintra, a piscina municipal, a Sociedade Filarmónica, um Agrupamento de Escuteiros e a Casa da Cultura. O parque urbano percorre a freguesia e estimula a atividades de lazer ao ar livre.

Apesar desta intervenção multidisciplinar, persistem grandes dificuldades a nível familiar, social e económico que se refletem no quotidiano desta população.

2. Meio escolar

Os alunos participantes no estudo fazem parte de três meios escolares, o Colégio Vasco da Gama, a Escola Secundária de Matias Aires e o Agrupamento de Escolas António Sérgio. Segue-se uma pequena caracterização de cada escola, que permitirá contextualizar o quotidiano escolar de cada grupo de alunos.

■ Colégio Vasco da Gama

O Projeto Educativo para esta escola é entendido como uma peça muito importante de renovação pedagógica e o reflexo da Escola que querem: uma Escola produtora de sentidos; uma Escola lugar de reflexão; uma Escola lugar de inter-ajuda no processo educativo.

A funcionar desde 1959, o Colégio Vasco da Gama é uma escola de ensino particular e cooperativo. A sua existência tem sido marcada por uma contínua renovação e ampliação de espaços, bem como pela disponibilização de recursos, utilizando as novas tecnologias. Professores e alunos podem assim usufruir de uma pedagogia renovada, baseada na experimentação e inovação.

Situa-se numa quinta com cerca de 4,5 ha, na localidade de Meleças, perto de Sintra, em plena zona saloia e envolvida por zona verde. De tradição religiosa e humanista, privilegia a qualidade da relação humana, proporcionando um espaço de abertura à vida e ao mundo. Aposta ainda na importância de "uma mente sã num corpo sã", incentivando o desenvolvimento físico e cultural dos jovens.

Relativamente aos recursos físicos de que dispõe salientam-se as salas de aula, os laboratórios, as salas de educação visual, tecnológica e musical, as salas de informática, um amplo ginásio com balneários, uma piscina de 25m coberta e aquecida,

dois campos de ténis, vários campos de jogos, incluindo um de patinagem e um relvado, uma biblioteca, um picadeiro coberto e uma pista de obstáculos. Tem ainda à disposição de toda a comunidade educativa três gabinetes de Psicologia e Orientação Escolar, posto médico permanente (com médico e enfermeiras), um Auditório (espaço de formação e cultura), reprografia (offset, fotocópias e encadernação), duas secretarias, bar, cozinha e refeitórios.

O colégio possui cerca de 1200 alunos, com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos, distribuídos por várias turmas do 1º ao 9º ano. A maioria dos alunos é do Concelho de Sintra, embora também seja significativa a representatividade do Concelho da Amadora. A maior percentagem de alunos vive com os pais e irmãos, havendo alguns agregados familiares que incluem também os avós. Relativamente às habilitações literárias dos pais, a maioria possui curso superior.

O corpo docente é estável e experiente. É constituído por 80 professores e quase todos desempenham cargos de gestão intermédia, pois são Diretores de Turma, proporcionando acompanhamento e apoio aos alunos e estabelecendo comunicação com os órgãos diretivos e a família.

Existem também cerca de 70 funcionários, distribuídos pelas diferentes áreas de serviço, que procuram acompanhar os alunos nos espaços do colégio.

A relação Pais e/ou Encarregados de Educação/Escola é um imperativo educativo e uma preocupação do projeto do colégio. Pois o seu envolvimento permitirá uma maior adequação da realidade escolar às expectativas e aspirações das próprias famílias.

Não perdendo de vista o contexto da sociedade atual em constante mutação, procuram ser uma escola exigente, partindo do princípio que as aprendizagens das coisas, dos outros e de si próprios deverão ser rigorosas e constituir um desafio constante.

■ Escola Secundária de Matias Aires

A Escola Secundária de Matias Aires (ESMA) foi oficialmente criada pela portaria nº 136/88, de 29 de fevereiro, com a designação de Escola Secundária de Mira Sintra. A ESMA localiza-se na fronteira da freguesia de Agualva com a de Mira-Sintra, sendo os seus alunos maioritariamente originários destas duas freguesias.

Sob o lema “Partilhar saberes, formar cidadãos”, tem como princípios orientadores a aprendizagem e construção de saberes, a identidade e sentido de pertença

a uma comunidade educativa, a cidadania próativa, a prioridade dos afetos na educação e a inclusão.

Sendo uma escola com cerca de 1000 alunos, em que a maioria pertence a um baixo nível sócio económico, pois 53% dos alunos beneficiam do ASE, e oriundos de vários países, sobretudo africanos, a multiculturalidade, os diferentes contextos familiares e a baixa expectativa em relação à escola, constituem grandes desafios a vencer.

Com o intuito de responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos, procurando ultrapassar o desinteresse e desmotivação que caracteriza grande parte da sua população escolar, a escola tem apostado na diversificação da sua oferta formativa. Deste modo, no Ensino Básico, para além do ensino regular, há Cursos de Educação e Formação, Percursos Alternativos e turmas do Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF). No ensino secundário a oferta curricular integra Cursos Científico humanísticos e Cursos Profissionais.

Em termos de recursos físicos, a escola dispõe de salas de aula com equipamento informático audiovisual, laboratórios, salas de informática, salas de educação visual e tecnológica, pavilhão desportivo, campos de jogos, papelaria, refeitório, bar, auditório, mediateca, gabinete de educação para a saúde e educação sexual, sala de estudo e equipamento promotor da educação ambiental.

Dos recursos humanos fazem parte cerca de 100 professores, uma psicóloga, um professor de ensino especial e 25 técnicos e assistentes operacionais que diariamente contribuem para o bem estar na escola.

Ao nível do apoio aos alunos e em contexto da sala de aula, o corpo docente recorre a estratégias diferenciadas no processo de aprendizagem, tendo em conta as características de cada grupo de alunos e de cada contexto, no sentido de promover o saber, numa sala de aula heterogénea. No que diz respeito ao contexto exterior à sala de aula, os alunos podem utilizar a sala de estudo e a mediateca para colmatar as suas dificuldades.

Em termos do relacionamento com a comunidade local, a ESMA considera o estabelecimento de protocolos e parcerias, como uma prática indispensável à qualidade da prestação do serviço público de educação. Continuará assim a participar em projetos e a manter parceria com a Câmara Municipal de Sintra, Juntas de Freguesia, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Centros de Educação e Formação, Centro de

Saúde, Escolas, Forças de Segurança, Bombeiros Voluntários e Associações Empresariais.

Pretendem uma escola inclusiva, que permita que todos possam atingir o máximo das suas potencialidades, que privilegie não só a transmissão de conhecimentos e o desenvolvimento de competências, mas que proporcione o desenvolvimento do espírito crítico e a assunção do dever de cidadania.

▪ Agrupamento de Escolas António Sérgio

O Agrupamento de Escolas António Sérgio formou-se em 2003, integrando três escolas com pré-escolar e primeiro ciclo e a escola sede, a Escola Básica 2,3 António Sérgio. Situa-se na fronteira da Freguesia de Aqualva com a do Cacém, acolhendo assim alunos das duas Freguesias.

Inspirada na ideologia do seu patrono, a Escola António Sérgio assumiu desde cedo vocação de Escola Inclusiva, procurando que no seu seio se desenvolvessem processos que orientassem as aprendizagens para a formação da cidadania e se criassem condições de igualdade de oportunidades, no respeito pelas diferenças de cada um.

Relativamente aos espaços físicos e recursos de que dispõe destacam-se as salas de aula, laboratórios, salas de educação visual, tecnológica e musical, salas de informática, biblioteca e centro de recursos educativos, pavilhão gimnodesportivo e os campos de jogos, gabinetes de psicologia e orientação escolar, de apoio social escolar e de ensino especial, pavilhão polivalente, serviços de reprografia, o refeitório, o bar, a papelaria, sala da Associação de Pais e Encarregados de Educação e o auditório. No entanto, problemas de conservação a nível das coberturas e a falta de espaços cobertos entre pavilhões são constrangimentos que afectam a população escolar.

O Agrupamento tem cerca de 2100 alunos. Estes apresentam um nível etário compreendido entre os 3 e 6 anos no Pré-escolar, os 6 e os 16 no 1º Ciclo, no 2º ciclo as idades situam-se entre os 9 e os 14 anos e no 3º ciclo entre os 11 e os 17 anos. Do total dos alunos do Agrupamento, 78% são de nacionalidade Portuguesa, apresentando os restantes alunos 24 nacionalidades diferentes. As nacionalidades que aparecem com valores percentuais mais elevados são a Angolana e a Cabo Verdiana, mas há alunos de outros países africanos, dos continentes americano, asiático e europeu, nomeadamente de países de leste.

Tendo como referência a atribuição de auxílios económicos, por parte dos Serviços de Acção Social Escolar, pode inferir-se que se trata de uma comunidade com graves carências económicas, já que 54,2% dos alunos beneficiam do ASE.

O serviço educativo é assegurado por mais de 200 professores. É especialmente com o grupo de professores mais experiente que a escola pretende dinamizar as estratégias que colocaram a escola em patamares de referência a nível nacional com iniciativas pioneiras a nível da inclusão.

O pessoal não docente encontra-se distribuído por diversas categorias profissionais: técnicos operacionais que têm a seu cargo os serviços administrativos, e assistentes operacionais que desempenham funções diversificadas de suporte da vida escolar.

Os E.E. acompanham, de um modo geral, o percurso escolar dos seus educandos, sendo a participação nas reuniões com os diretores de turma amplamente participadas, embora decresça o número de presenças consoante o nível de ensino que frequentam os seus educandos (praticamente 100% no Pré-escolar e 1º Ciclo, 63% de média no 2º Ciclo e no 3º baixa para cerca de 50%).

A articulação estabelecida com a Autarquia e com várias instituições locais tem-se revelado um grande contributo para as escolas do agrupamento.

Na linha de António Sérgio, visionário de uma escola democrática, cooperativa, ativa, de valores, libertadora e emancipatória, querem “Situar a justiça acima da autoridade e a solidariedade acima da obediência” (Piaget).

VI. Resultados e Discussão

1. Caraterização sociodemográfica

A amostra em estudo é constituída por 1125 adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos e matriculados no ano letivo 2011-2012 em três escolas do concelho de Sintra. Deste universo de escolas constam o Colégio Vasco da Gama, a Escola Secundária com 3ºCEB de Matias Aires e o Agrupamento de Escolas António Sérgio.

A tabela 1 mostra a caraterização da amostra quanto à escola observada, sexo, idade, ano de escolaridade, localidade e concelho de residência, distrito (português) e país de naturalidade dos adolescentes.

Das variáveis apresentadas ressalta um predomínio de adolescentes das escolas públicas face à privada, dado nesta o número de turmas de 3º ciclo ser significativamente mais reduzido; uma maior participação no estudo de adolescentes com 13 e 14 anos; a proximidade da residência relativamente à escola que frequentam para cerca de 70% dos alunos; uma grande heterogeneidade de naturalidade e, consequentemente, uma forte multiculturalidade, já que 26,3% dos alunos pertencem a dezassete países diferentes, destes, oito são europeus e seis são africanos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica

Variável	Categoria	N	%
Escola	Colégio Vasco da Gama	213	18,9
	Matias Aires	494	43,9
	António Sérgio	418	37,2
Sexo	Masculino	532	47,3
	Feminino	593	52,7
Idade	12 anos	168	14,9
	13 anos	275	24,4
	14 anos	288	25,6
	15 anos	180	16,0
	16 a 18 anos	214	19,0
Ano de escolaridade	7º ano	370	32,9
	8º ano	337	30,0
	9º ano	269	23,9
	10º a 12º ano	149	13,2
Localidade da residência	Agualva	400	35,6
	Cacém	378	33,6
	Mira-Sintra	80	7,1
	Outra	259	23,0
Concelho da residência	Sintra	1057	94,0
	Outro	47	4,3
Distrito de naturalidade português	Lisboa	793	70,5
	Outro	27	2,4
País de naturalidade	Portugal	829	73,7
	Cabo Verde	114	10,1
	Guiné	41	3,6
	Angola	64	5,7
	Brasil	26	2,3
	Outro	46	4,2

2 . Estatura, peso, IMC e PC

Os adolescentes estudados têm uma média de idade de 14,12 (\pm 1,55) anos e apresentam um valor médio de IMC e PC compatíveis com os parâmetros normais, como evidencia a tabela 2. De sublinhar o maior desvio padrão relativo ao peso e ao perímetro da cintura, revelador da dispersão destas medidas.

Tabela 2 – Idade decimal, estatura, peso, IMC e PC.

	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	1125	14,12	1,55	12	18
Estatura (m)	1125	1,62	0,08	1,39	1,90
Peso (Kg)	1125	56,33	11,63	29,70	110,70
IMC (kg/m ²)	1125	21,18	3,41	14,22	36,79
PC (cm)	1124	69,46	7,58	50,0	108,0

Tabela 3 – Médias da estatura, peso, IMC e PC em função do sexo e do grupo etário.

	Sexo masculino			Sexo feminino			p
	N	Média	DP	N	Média	DP	
Total							
Estatura(m)	532	1,65	0,09	593	1,59	0,06	< 0,01
Peso(kg)	532	57,21	12,58	593	55,54	10,66	0,017
Perímetro da cintura(cm)	532	70,83	7,81	592	68,23	7,15	< 0,01
IMC(kg/m ²)	532	20,68	3,30	593	21,64	3,45	< 0,01
12 a 14 anos							
Estatura(m)	353	1,62	0,92	378	1,58	0,06	< 0,001
Peso(kg)	353	54,35	12,37	378	53,39	9,98	0,24
Perímetro da cintura(cm)	353	70,18	8,01	378	67,43	6,82	< 0,001
IMC(kg/m ²)	353	20,42	3,40	378	21,14	3,27	0,004
15 a 17 anos							
Estatura(m)	179	1,719	0,063	215	1,621	0,05	< 0,001
Peso(kg)	179	62,86	10,99	215	59,323	10,79	0,001
Perímetro da cintura(cm)	179	72,09	7,26	214	69,646	7,52	0,001
IMC(kg/m ²)	179	21,19	3,03	215	22,528	3,60	< 0,001

Quando analisamos as variáveis antropométricas em função do sexo e da idade (tabela 3) as médias da estatura, do peso, do IMC e do PC têm geralmente diferença significativa entre os sexos. Na comparação entre os sexos na amostra total, verifica-se que os rapazes são em média mais altos, mais pesados e com maior PC, mas possuem uma média de IMC menor do que o das raparigas, resultados obtidos também por Marques-Vidal (2008). Este perfil mantém-se quando separamos por grupos etários, quer dos 12 aos 14 anos, quer dos 15 aos 17 anos, os rapazes apresentam médias de IMC inferiores às das raparigas. Note-se que entre cada grupo etário os rapazes cresceram cerca de 9 cm, enquanto que as raparigas cresceram apenas cerca de 4 cm. Estes resultados estão de acordo com o padrão geral de crescimento, relacionado com o desenvolvimento pubertário mais precoce nas raparigas e mais tardio nos rapazes e o estabelecimento de dimorfismo sexual na adolescência, com rapazes mais altos e pesados do que as raparigas.

Para todas as idades as médias do PC em cada gênero, o sexo masculino (70,83cm) e o sexo feminino (68,23), são inferiores às de NHANES 1999–2004, respetivamente 79.8cm e 78.9cm (Liu, et al., 2006).

Os resultados das prevalências segundo classes de PC de acordo com os limites de corte para o PC propostos por Fernandez (2004) estão expressos na tabela 4. Para a totalidade dos adolescentes e por classe de idade a maior adiposidade abdominal ocorre dos 12-14 anos, com percentagens para as classes de P75- P89 e $P \geq 90$: na amostra total 8,5% e 2,4%, respetivamente; na classe etária 12-14 anos, 11,1% e 3,3%, respetivamente; na classe etária 15-17 anos, 3,8% e 0,8%, respetivamente.

Tabela 4 – Frequências para as classes de percentil do PC, segundo limites de corte de Fernandez (2004), para a totalidade da amostra e para classes de idade, segundo o sexo.

Classes de PC	Sexo masculino		Sexo feminino		χ^2 p	Total	
	N	%	N	%		N	%
Total							
<P75	468	87,9	534	90,1	0,48	1002	89,1
P75 - P89	51	9,6	45	7,6		96	8,5
$P \geq 90$	13	2,5	14	2,3		27	2,4
12 a 14 anos							
<P75	295	83,5	331	87,6	0,25	626	85,6
P75 - P89	46	13,1	35	9,2		81	11,1
$P \geq 90$	12	3,4	12	3,2		24	3,3
Total	353	48,3	378	51,7		731	100
15 a 17 anos							
<P75	173	96,6	203	94,4	0,57	376	95,4
P75 - P89	5	2,8	10	4,7		15	3,8
$P \geq 90$	1	0,6	2	0,9		3	0,8
Total	179	45,4	215	54,6		394	100

Quando comparamos as frequências entre os sexos identifica-se uma maior percentagem de rapazes do que de raparigas nas classes de PC P75-P89 e $P \geq 90$, na amostra total (9,6% - 7,6% e 2,5% - 2,3%) e na classe etária dos 12-14 anos (13,1% - 9,2% e 3,4% - 3,2%). Ocorre uma redução notória no excesso de adiposidade abdominal no PC $P \geq 75$ nos adolescentes na classe dos 15-17 anos e é no sexo feminino que a percentagem é maior. Contudo, as diferenças de frequência entre as classes de PC e o sexo não são significativas.

Num estudo com crianças portuguesas de 6 a 12 anos Albuquerque et al. (2012) observaram que a prevalência de obesidade abdominal com base na circunferência da

cintura com percentil $P > 90$ foi semelhante nas raparigas (3,8%) e nos rapazes (3,9%) e concluíram que a obesidade abdominal é muito elevada nas crianças Portuguesa, acompanhando a tendência de outros países da Europa do sul.

Segundo o estudo de Liu, et al. (2006) sobre a evolução recente do PC nos Estados Unidos da América NHNES e NHNES 1999–2004, o aumento da obesidade abdominal ocorreu de forma evidente ao longo do tempo e de forma transversal entre os sexos, as etnias e os grupos etários e o incremento foi maior nas crianças mais velhas e nos adolescentes. A percentagem de ocorrência do PC atendendo ao limite do percentil 90 para a obesidade aumentou de 10.5% para 17.4% no sexo masculino e 10.5% para 17.8%, no sexo feminino. Também é notado que o aumento da idade está associado ao maior aumento do PC, em particular nos rapazes e raparigas de 18-19 anos.

Também um estudo sobre a evolução adiposidade/obesidade em adolescentes britânicos de 11-16 anos mostrou um grande aumento do IMC e do PC, tendo porém este último, maior ritmo de incremento que o IMC. Os autores concluem que a tendência do PC nos últimos 10-20 anos excedeu a do IMC, em particular nas raparigas, sendo o IMC um fraco estimador da gordura abdominal e um índice que subestima a prevalência de obesidade nos jovens (McCarthy et al., 2003).

Segundo vários autores (Fernandez, 2004), deve dar-se atenção cuidadosa às crianças e adolescentes acima dos percentis 75 e 90, para a identificação e prevenção de riscos de várias doenças, como cardiovasculares, hiperinsulinemia e diabetes tipo II.

O aumento da obesidade abdominal e o consequente aumento do PC poderá estar em fase de incremento nos adolescentes portugueses, deve pois ser monitorizado, dado os riscos da adiposidade central para o aumento da morbilidade em adultos.

3. Prevalência de excesso de peso e obesidade

De acordo com a tabela 5, a avaliação nutricional efetuada revela que 72,1% dos alunos têm um índice de massa corporal normal e 4,6% peso baixo e magreza. Contudo, 19,6% dos alunos encontram-se numa situação de pré-obesidade e 3,7% dos alunos são obesos. Ou seja, ocorre uma prevalência de excesso de peso em 23,3% dos alunos estudados, refletindo uma relação peso-estatura superior ao desejável.

Tabela 5 – Percentagens de ocorrência segundo as classes do estado nutricional e prevalência de pré-obesidade e obesidade, segundo classes de Cole et al (2000, 2007) por sexo e idade.

	Sexo masculino		Sexo feminino			Total	
	N	%	N	%	p	N	%
Magreza	2	0,4	1	0,2	0,45	3	0,3
Peso baixo	28	5,3	20	3,4		48	4,3
Normal	385	72,4	426	71,8		811	72,1
Pré-obesidade	98	18,4	123	20,7		221	19,6
Obesidade	19	3,6	23	3,9		42	3,7
	12 - 14 anos		12 - 14 anos				
Magreza	2	0,6	1	0,3	0,77	3	0,4
Peso baixo	16	4,5	11	2,9		27	3,7
Normal	249	70,5	272	72,0		521	71,3
Pré-obesidade	72	20,4	79	20,9		151	20,7
Obesidade	14	4,0	15	4,0		29	4,0
	15 a 17 anos		15 a 17 anos				
Magreza	0	0	0	0	0,30	0	0
Peso baixo	12	6,7	9	4,2		21	5,3
Normal	136	76,0	154	71,6		290	73,6
Pré-obesidade	26	14,5	44	20,5		70	17,8
Obesidade	5	2,8	8	3,7		13	3,3

Na comparação da frequência de classes de IMC entre os sexos não se observa diferença significativa, tal como quando se comparam sexo e grupo etário. No entanto, verifica-se que quer a pré-obesidade quer a obesidade diminuem com a idade, passam dos 20,7% / 4,0% na classe dos 12-14 anos, para os 17,8% / 3,3% na dos 15-17 anos. Relação também encontrada por Matos et al. (2010). Nos rapazes é também relevante a redução de pré-obesidade (20,4%) e de obesidade (4,0%) nos 12-14 anos para os 15-17 anos, 14,5% e 2,8%, respetivamente, o que estará relacionado com o intenso crescimento nesta faixa etária. Nas raparigas não ocorre alteração na prevalência de excesso de peso, pois o pico de crescimento acontece entre os 11-13 anos e ocorre maior suscetibilidade para incremento de gordura na adolescência feminina. A idade é um fator de risco, os mais velhos têm menor probabilidade de excesso de peso (n 1125; OR 0,837; IC95 0,761-0,920; $p < 0,001$), por cada ano de idade a menos há uma probabilidade 1,2 vezes maior de excesso de peso.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com os de outros estudos com adolescentes portugueses de faixas etárias equivalentes (Tabela 6) verifica-se que há

uma redução da obesidade para cerca de um terço em ambos os sexos, especialmente nos rapazes, e a pré-obesidade subiu 1,5% nos rapazes e 4,7% nas raparigas relativamente ao estudo efetuado por Ramos e Barros (2005) com adolescentes do Porto.

Na comparação com o estudo a nível nacional desenvolvido por Terres et al., (2006) em adolescentes portugueses com idades entre os 15–18 anos verifica-se uma prevalência de excesso de peso de 21% e obesidade de 5%, ou seja, valores superiores aos obtidos neste estudo de 1,4% e 1,2%, respetivamente.

Comparando agora com os resultados obtidos por Marques-Vidal (2008), sobre adolescentes de Lisboa constata-se que o excesso de peso subiu cerca de 1% nos dois géneros, mas mais uma vez se destaca uma descida da ocorrência da obesidade, nas raparigas de 0,8% e nos rapazes de 1,7%. Também os resultados do estudo nacional efetuado por Matos et al., (2010), no âmbito do Projeto Aventura Social e Saúde, revelam que a pré-obesidade subiu, sobretudo nas raparigas, embora para a obesidade os valores sejam equivalentes.

Aspetos de natureza multifatorial estarão na origem desta variação de valores, que porém é pequena, talvez diferenças relacionadas com o momento de recolha e tamanho da amostra e a origem regional, devido a influência económica e sociocultural. A descida da percentagem de ocorrência de obesidade entre os adolescentes das zonas urbanas talvez resulte de uma intervenção nestes casos de maior gravidade, o que não se verificou em situações de excesso de peso.

Tabela 6 – Análise comparativa de resultados obtidos em estudos com adolescentes portugueses.

Estudo	Idade (anos)	Região	Ano	Pré-Obes.	Obes.
				% Mas./Fem.	% Mas./Fem.
Ramos and Barros, (2005)	13-14	Porto	2005	16,9/16,0	11,3/9,2
Terres et al., (2006)	15-18	Nacional	2006	21%	5%
Marques-Vidal, (2008)	10-18	Lisboa	2008	17,4/19,7	5,3/4,7
Matos et al., (2008)	11-15	Nacional	2010	17,2/13,1	4,0/3,0
Neste estudo, (2012)	12-17	Lisboa	2012	18,4/20,7	3,6/3,9

Na tabela 7 apresentam-se os resultados das percentagens entre o cruzamento das classes do PC e a ocorrência ou não de excesso de peso na amostra total, no grupo de 12-14 anos e no grupo de 15-17 anos. Para a classe de PC<P75 há as menores percentagens

de excesso de peso, respetivamente 14,9%, 12,9% e 18,1%. Menor perímetro de cintura relaciona-se com peso baixo e normal. Os adolescentes nas classes de PC>P75 ou P \geq 90 estão relacionados com maiores percentagens para excesso de peso (totais de 90,6% e de 100%). Resultados semelhantes ocorrem quando se considera cada sexo. As frequências entre as classes de percentil de PC e a ocorrência ou não de excesso de peso, para a amostra total, para cada sexo e segundo a idade são em todos os casos significativamente diferentes.

Ter excesso de peso implica uma maior frequência de PC nas classes P75–P89 e P>90, ou seja maior risco de acumulação de gordura abdominal, o que aumenta riscos para a saúde.

Tabela 7 – Frequências entre as classes do PC e as classes de IMC, em função do sexo e da idade.

		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		PBN			ExP			PBN		
Classes de PC		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Total	<P75	468	88,0	12,0	534	82,6	17,4	1002	85,1	14,9
	P75 - P89	51	5,9	94,1	45	13,3	86,7	96	9,4	90,6
	P \geq 90	13	0,0	100	14	0,0	100	27	0,0	100
	Total	532	78,0	22,0	593	75,4	24,6	1125	76,6	23,4
	p		0,00			0,00			0,00	
12-14 anos	<P75	295	89,5	10,5	331	84,9	15,1	626	87,1	12,9
	P75 - P89	46	6,5	93,5	35	8,6	91,4	81	7,4	92,6
	P \geq 90	12	0,0	100	12	0,0	100	24	0,0	100
	Total	353	75,6	24,4	378	75,1	24,9	731	75,4	24,6
	p		0,00			0,00			0,00	
15-17anos	<P75	173	85,5	14,5	203	78,8	21,2	376	81,9	18,1
	P75 - P89	5	0,0	100	10	30,0	70,0	15	20,0	80,0
	P \geq 90	1	0,0	100	2	0,0	100	3	0,0	100
	Total	179	82,7	17,3	215	75,8	24,2	394	78,9	21,1
	p		0,00			0,00			0,00	

4. Fatores socioeconómicos e culturais

4.1. Agregado familiar

Relativamente à caracterização socioeconómica e cultural das famílias dos adolescentes observa-se que o agregado familiar tem uma média de 4,19 indivíduos (mínimo 2 e máximo 11) (Anexo 2.1.1), o tipo de agregado familiar em que o aluno vive com ambos os pais é de 58,7%, apenas com a mãe 26,7% e apenas com o pai 3,3% (Anexo 2.1.2). O estado civil dos pais é na maioria casado/união de facto, 58,6%, sendo divorciados ou separados 30,9% (Anexo 2.1.3). O número de filhos mais frequente é de 2 filhos (41,3%), seguindo-se o filho único (23,1%) e 3 filhos (19,8%) (Anexo 2.1.4). Os filhos têm geralmente o mesmo pai e mãe (51,3%) (Anexo 2.1.5).

Em relação aos pais, a média de idade do pai é de 44,7 anos e a da mãe é de 41,58 anos (Anexo 2.1.6) e os países de naturalidade predominantes são para ambos Portugal (pai 48%, mãe 49,4%), Cabo Verde (pai 13,6%, mãe 14,8%) e Angola (pai 10,6%, mãe 11,1%) (Anexo 2.1.7). Quanto à situação de emprego verifica-se que 11% dos pais se encontram desempregados, enquanto que nas mães a percentagem sobe para 14,7% (Anexo 2.1.8). Em termos de escolaridade, constata-se que 36,1% dos pais tem uma escolaridade igual ou inferior ao 9º ano, já nas mães a percentagem aumenta para 40,2%. O contrário se verifica relativamente às habilitações superiores, pois 16% das mães têm formação académica e nos pais o valor percentual desce para 13,7 (Anexo 2.1.9).

Quanto à disponibilidade de equipamentos/bens de conforto não considerados essenciais destacam-se os seguintes valores médios por família: 4,21 telemóveis/família, valor concordante com o número médio de pessoas que compõem o agregado familiar; 2,99 televisões a cores/família; 0,82 computadores fixos/família e 1,81 computadores portáteis/família; 1,82 bicicletas/família (Anexo 2.1.10).

4.2. Fatores socioeconómicos e culturais e excesso de peso

A tabela 8 mostra a prevalência de excesso de peso por sexo em função da escola frequentada, do número de retenções no percurso escolar e do país de origem de cada adolescente.

A análise dos resultados relativamente à escola frequentada mostra que a Escola António Sérgio apresenta a maior percentagem de adolescentes com excesso de peso (27,8%), seguindo-se o Colégio Vasco da Gama (23,0%) e, por último, a Escola Secundária Matias Aires (19,8%). Os adolescentes da ESMA têm uma probabilidade

menor de desenvolver excesso de peso (OR 0,644; 95% C.I. 0,474-0,876; $p=0,005$) do que os adolescentes da escola AS, ou seja, os adolescentes da AS têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de ter excesso de peso do que os da ESMA. De ressaltar que o CVG e a AS apenas possuem alunos até ao 3º ciclo, enquanto que a ESMA possui alunos de 3º Ciclo e Secundário, portanto mais velhos, o que poderá explicar a existência de um valor mais baixo de excesso de peso, comparativamente, uma vez que a pré-obesidade e a obesidade tendem a diminuir com a idade. A separação da amostra por sexo confirma esta tendência, sendo os alunos do CVG mais novos do que os das outras duas escolas (Tabela 8.1), verifica-se que as raparigas da AS e da ESMA apresentam maior excesso de peso do que os rapazes, enquanto que no CVG são os rapazes que mais se encontram em situação de excesso de peso, embora com pouca diferença das raparigas, prevalência já observada entre sexos na tabela 5.

Quanto ao número de retenções o que se verifica é uma relação inversa com a prevalência de excesso de peso. Quer em termos totais da amostra, quer por sexos, constata-se uma diminuição da prevalência de excesso de peso com o aumento do número de retenções, mas as frequências não são significativamente diferentes.

Relativamente ao país de naturalidade dos adolescentes, os naturais de países europeus excluindo Portugal, apresentam maior prevalência de excesso de peso (37,5%), quer entre os rapazes, quer entre as raparigas. Seguem-se os portugueses com 24,8%, sem diferença entre sexos. De salientar a baixa prevalência de excesso de peso nos adolescentes africanos (17,2%). Mais uma vez se verifica que, excetuando os adolescentes portugueses, há maior prevalência de excesso de peso nas raparigas do que nos rapazes. As frequências são significativamente diferentes para a amostra total e para o sexo masculino. Porém, não foi encontrada diferença significativa na análise de regressão logística considerando 3 classes: Portugal (referencia), país africano e outro país ($p<0,05$). O país de origem parece estar relacionado com a prevalência de excesso de peso, priorizando aspetos culturais.

Tabela 8 – Frequências de excesso de peso e escola, retenções e país de naturalidade dos adolescentes.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %
Escola frequentada	CVG	99	76,8	23,2	114	77,2	22,8	213	77,0	23,0
	ESMA	221	81,9	18,1	273	78,8	21,2	494	80,2	19,8
	AS	212	74,5	25,5	206	69,9	30,1	418	72,2	27,8
	p		0,17			0,07			0,01	
Retenções	0	346	75,4	24,6	417	74,8	25,2	763	75,1	24,9
	1-2	165	82,4	17,6	162	75,3	24,7	327	78,9	21,1
	3-4	19	84,2	15,8	7	85,7	14,3	26	84,6	15,4
	p		0,16			0,80			0,24	
País de Naturalidade	Portugal	405	75,1	24,9	424	75,2	24,8	829	75,2	24,8
	Africano	105	88,6	11,4	133	78,2	21,8	238	82,8	17,2
	Europeu	7	71,4	28,6	17	58,8	41,2	24	62,5	37,5
	Asiático	1	100	0,0	1	100	0,0	2	100	0,0
	Americano	12	91,7	8,3	15	73,3	26,7	27	81,5	18,5
	p		0,03			0,48			0,04	

Tabela 8.1 – Frequências de excesso de peso e escola, em função da idade.

Variáveis		12 a 14 anos			15 a 17 anos		
		N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %
Escola frequentada	CVG	201	77,1	22,9	12	75,0	25,0
	ESMA	218	77,5	22,5	276	82,2	17,8
	AS	312	72,8	27,2	106	70,8	29,2
	p		0,36			0,04	

As tabelas 9.1 a 9.3 permitem analisar a prevalência de excesso de peso para o total da amostra e por sexo em função de um conjunto de fatores socioeconômicos e demográficos na família.

Relativamente ao agregado familiar (tabela 9.1), verifica-se que quando este é composto por pai e filho aumenta consideravelmente a percentagem de excesso de peso no caso de o filho ser uma rapariga. Esta tendência é também verdadeira quando os filhos não são dos mesmos pais, pois neste caso também as raparigas apresentam maior percentagem de excesso de peso. Em termos de tamanho constata-se que quanto maior é o agregado menor é a percentagem de excesso de peso, o mesmo se verifica com o

aumento do número de filhos. Razões económicas poderão explicar estes resultados. Porém as frequências não são significativamente diferentes.

Tabela 9.1 – Frequências de excesso de peso e agregado familiar.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		PBN		ExP	PBN		ExP	PBN		ExP
		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Tipo de Agregado familiar	Pais e filho	327	77,4	22,6	354	77,1	22,9	681	77,2	22,8
	Mãe e filho	146	80,8	19,2	190	74,2	25,8	336	77,1	22,9
	Pai e filho	25	80,0	20,0	15	53,3	46,7	40	70,0	30,0
	Outros	9	77,8	22,2	21	71,4	28,6	30	73,3	26,7
p		0,86			0,18			0,72		
Tamanho do agregado familiar	≤3	139	75,5	24,5	159	74,2	25,8	298	74,8	25,2
	4	215	79,1	20,9	223	73,1	26,9	438	76,0	24,0
	≥5	144	79,9	20,1	188	78,2	21,8	332	78,9	21,1
	p	0,63			0,47			0,45		
Número de filhos	1	128	72,7	27,3	132	76,5	23,5	260	74,6	25,4
	2	211	80,6	19,4	254	73,6	26,4	465	76,8	23,2
	≥3	158	81,0	19,0	175	77,7	22,3	333	79,3	20,7
	p	0,15			0,60			0,40		
Filhos dos mesmos pais	Sim	278	79,9	20,1	299	76,3	23,7	577	78,0	22,0
	Não	166	79,5	20,5	209	74,2	25,8	375	76,5	23,5
	p	0,93			0,59			0,60		

Quanto aos progenitores (tabela 9.2), a nacionalidade dos pais parece ser também relevante. As maiores percentagens de excesso de peso em ambos os sexos surgem nos filhos de pai ou mãe de nacionalidade portuguesa. Ao contrário do que acontece relativamente aos adolescentes de nacionalidade europeia, quando os pais são europeus a percentagem de excesso de peso é mais baixa. Os filhos de pais africanos mantêm a tendência para uma baixa percentagem relativa de excesso de peso, sobretudo se a mãe é africana. Fatores culturais parecem ser determinantes. Porém, apenas para o sexo masculino e naturalidade do pai e da mãe as frequências são significativamente diferentes, os rapazes filhos de pai e/ou mãe portugueses têm maiores prevalências de excesso de peso.

Considerando a probabilidade de excesso de peso atendendo à naturalidade dos pais, segundo três grupos, portuguesa, país africano e outro país observa-se um resultado significativo, adolescentes filhos de mãe africana têm uma probabilidade menor de desenvolver excesso de peso (OR 0,651; 95% C.I. 0,476-0,892; p=0,007) do que adolescentes com mãe portuguesa, ou seja, adolescentes com mãe portuguesa têm uma probabilidade 1,5 vezes maior de ter excesso de peso do que os com mãe africana. A

mesma análise para o pai, a comparação entre pai de país africano com pai português tem os seguintes resultados, que sugerem maior probabilidade de excesso de peso quando o pai é português relativamente a africano (OR 0,731; 95% C.I. 0,532-1,003; $p=0,05$).

Tabela 9.2 – Frequências de excesso de peso e fatores parentais.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %
Estado civil dos pais	Casados/União de facto	306	77,1	22,9	353	75,9	24,1	659	76,5	23,5
	Divorciados/Separados	164	79,3	20,7	184	74,5	25,5	348	76,7	23,3
	Pai falecido	12	91,7	8,3	13	69,2	30,8	25	80,0	20,0
	Mãe falecida	4	100,0	0,0	5	80,0	20,0	9	88,9	11,1
	p		0,43			0,92			0,82	
País de naturalidade Pai	Portugal	254	71,7	28,3	286	74,8	25,2	540	73,3	26,7
	Africano	160	83,1	16,9	202	75,7	24,3	362	79,0	21,0
	Europeu	15	86,7	13,3	17	76,5	23,5	32	81,2	18,8
	Asiático	0	0,0	0,0	5	80,0	20,0	5	80,0	20,0
	Americano	10	90,0	10,0	9	77,8	22,2	19	84,2	15,8
	p		0,02			0,99			0,27	
País de naturalidade Mãe	Portugal	269	71,0	29,0	287	74,2	25,8	556	72,7	27,3
	Africano	165	84,8	15,2	216	76,9	23,1	381	80,3	19,7
	Europeu	12	91,7	8,3	19	78,9	21,1	31	83,9	16,1
	Asiático	1	100	0,0	3	66,7	33,3	4	75,0	25,0
	Americano	9	88,9	11,1	16	68,8	31,2	25	76,0	24,0
	p		0,008			0,89			0,08	
Escolaridade do Pai	≤ 6º ano	110	75,5	24,5	117	75,2	24,8	227	75,3	24,7
	7º ao 9º	76	69,7	30,3	103	73,8	26,2	179	72,1	27,9
	10º ao 12º	93	76,3	23,7	113	77,0	23,0	206	76,7	23,3
	Curso Superior	68	77,9	22,1	85	74,1	25,9	153	75,8	24,2
	p		0,67			0,94			0,75	
Escolaridade da Mãe	≤ 6º ano	110	74,5	25,5	138	72,5	27,5	248	73,4	26,6
	7º ao 9º	89	71,9	28,1	116	75,9	24,1	205	74,1	25,9
	10º ao 12º	99	71,7	28,3	120	70,0	30,0	219	70,8	29,2
	Curso superior	81	81,5	18,5	99	79,8	20,2	180	80,6	19,4
	p		0,42			0,37			0,15	
Situação profissional do Pai	Empregado	278	77,0	23,0	341	74,8	25,2	619	75,8	24,2
	Trabalhador conta própria	89	70,8	29,2	89	76,4	23,6	178	73,6	26,4
	Desempregado	54	87,0	13,0	70	80,0	20,0	124	83,1	16,9
	Reformado	9	77,8	22,0	8	62,5	37,5	17	70,6	29,4
	p		0,17			0,65			0,23	
Situação profissional da Mãe	Empregado	343	78,1	21,9	378	75,9	24,1	721	77,0	23,0
	Trabalhador conta própria	51	76,5	23,5	50	74,0	26,0	101	75,2	24,8
	Desempregado	64	78,1	21,9	101	76,2	23,8	165	77,0	23,0
	Reformado	8	62,5	37,5	4	75,0	25,0	12	66,7	33,0
	p		0,76			0,99			0,84	

Quanto à escolaridade dos pais é relevante o facto de ser visível uma redução do excesso de peso em ambos os sexos quando a mãe possui um curso superior. A preponderância materna na gestão familiar pode influenciar os resultados, pois quando o pai apresenta iguais habilitações não se verifica alteração ao nível do excesso de peso. As frequências não são contudo significativamente diferentes. Um estudo realizado por Moreira (2004) numa amostra de adultos de ambos os géneros permitiu reconhecer que o nível educacional influencia mais a escolha dos alimentos do que os rendimentos, pois os mais escolarizados consomem mais frequentemente fruta, vegetais, leite e peixe e menos vinho e espirituosas. Também um estudo levado a cabo por Miranda et al., (2009) com crianças e adolescentes portugueses mostrou que a prevalência da obesidade tende a diminuir com o aumento do nível de escolaridade dos pais de forma significativa e que o mesmo acontece na relação entre o nível de educação dos pais e a pré-obesidade, embora sem diferença significativa. O investimento no aumento de literacia nos pais pode assim constituir uma estratégia de combate do excesso de peso.

A análise das frequências relativas à situação profissional dos pais revela que o excesso de peso aumenta quando os pais são trabalhadores por conta própria e diminui quando os pais se encontram desempregados. É assim notória a influência económica. De salientar ainda que quando a mãe se encontra reformada a percentagem de excesso de peso aumenta para ambos os sexos, em especial nos rapazes e que quando o pai se encontra reformado há um aumento considerável de excesso de peso nas raparigas. Esta relação talvez reflita alteração dos hábitos alimentares, embora as frequências não sejam significativamente diferentes.

Em relação ao equipamento/bens de conforto existente em casa não considerado essencial é também possível fazer algumas considerações (Tabela 9.3). A posse de leitor de CDs, de computador portátil e de computador fixo no quarto não parece ser promotora do excesso de peso, pois apenas nas raparigas a percentagem de excesso de peso sobe com a posse de leitor de CDs e de computador portátil e desce com a existência de computador fixo no quarto. Já a TV no quarto parece promover o excesso de peso em ambos os sexos, bem como o número de TV em casa, pois a percentagem de excesso de peso em ambos os sexos aumenta com o crescente número de TV em casa. A posse de bicicleta revela-se como inibidora do excesso de peso, uma vez que em ambos os sexos a percentagem é relativamente menor, sobretudo nos rapazes. A inexistência de carro na família apenas reduz consideravelmente o excesso de peso nos rapazes, o que poderá estar relacionado com o facto de os rapazes se deslocarem a pé e

as raparigas de transporte público. As frequências são significativamente diferentes apenas em 2 casos nos rapazes, não ter leitor de CDs associa-se a maior frequência de ExP e não ter carro associa-se a menor frequência de ExP.

Tabela 9.3 – Frequências de excesso de peso e equipamentos/bens de conforto em casa.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %
Leitor de CDs	Sim	426	79,8	20,2	508	74,6	25,4	934	77,0	23,0
	Não	56	66,1	33,9	48	79,2	20,8	104	72,1	27,9
	p		0,01			0,48			0,26	
Computador Portátil	Sim	442	78,7	21,3	500	74,2	25,8	942	76,3	23,7
	Não	46	76,1	23,9	65	81,5	18,5	111	79,3	20,7
	p		0,67			0,19			0,48	
Computador fixo no quarto	Sim	222	78,4	21,6	205	79,5	20,5	427	78,9	21,1
	Não	296	78,4	21,6	385	73,5	26,5	681	75,6	24,4
	p		1,00			0,10			0,20	
TV no quarto	Sim	368	76,6	23,4	341	74,2	25,8	709	75,5	24,5
	Não	151	81,5	18,5	241	76,8	23,2	392	78,6	21,4
	p		0,22			0,47			0,24	
Bicicleta	Sim	374	79,1	20,9	386	75,6	24,4	760	77,4	22,6
	Não	112	75,9	24,1	175	73,1	26,9	287	74,2	25,8
	p		0,46			0,52			0,28	
TV	≤ 1	56	85,7	14,3	103	77,7	22,3	159	80,5	19,5
	2-3	241	78,4	21,6	279	75,3	24,7	520	76,7	23,3
	≥ 4	191	76,4	23,6	178	73,0	27,0	369	74,8	25,2
	p		0,33			0,68			0,36	
Carro	Não tem	71	88,7	11,3	122	74,6	25,4	193	79,8	20,2
	1	207	75,4	24,6	222	75,7	24,3	429	75,5	24,5
	≥ 2	205	77,6	22,4	220	74,5	25,5	425	76,0	24,0
	p		0,05			0,95			0,48	

5. Hábitos alimentares

5.1. Caracterização dos hábitos alimentares

O padrão alimentar caracteriza-se pelos alimentos que fazem parte da dieta, o seu conteúdo calórico e em macro e micronutrientes, a sua adequação às necessidades fisiológicas e também pelos hábitos alimentares de horários, regularidade e frequência das refeições.

A seleção de alimentos é muito complexa e influenciada por vários fatores. Uma alimentação saudável deve ser acessível, física e financeiramente, saborosa, variada, colorida, harmoniosa e segura.

Quanto à regularidade e frequência das refeições verifica-se que 91,4% dos alunos fazem quatro refeições diárias, pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Contudo, 7,9% dos alunos não toma o pequeno-almoço e 15,2% não lancha à tarde (Anexo 2.2.1). Estes valores refletem a média dos 7 dias da semana. Se distinguirmos a não toma do pequeno-almoço aos dias de semana e ao fim de semana encontramos os valores percentuais de 8,6% e 6,2%, respetivamente, enquanto que no estudo nacional de Matos et al., (2010) os valores correspondentes eram 6,7% e 6,9%, ou seja, aumentou o número de adolescentes que vai para a escola sem tomar o pequeno-almoço.

O local das refeições na última semana mostra que as refeições são essencialmente tomadas em casa ou na escola, apenas 2,86% indicam fazer refeições no café ou no restaurante (Anexo 2.2.1). O pequeno almoço (cerca de 85% pelos 7 dias) e o jantar (95% nos dias úteis e cerca de 85% nos sábados e domingos) são tomados predominantemente em casa. O almoço nos dias úteis, reparte-se em percentagens semelhantes entre casa e escola, cerca de 45 a 50% e no sábado e domingo quase na totalidade em casa (95%) (Anexo 2.2.1). A figura 2 é elucidativa desta prática alimentar.

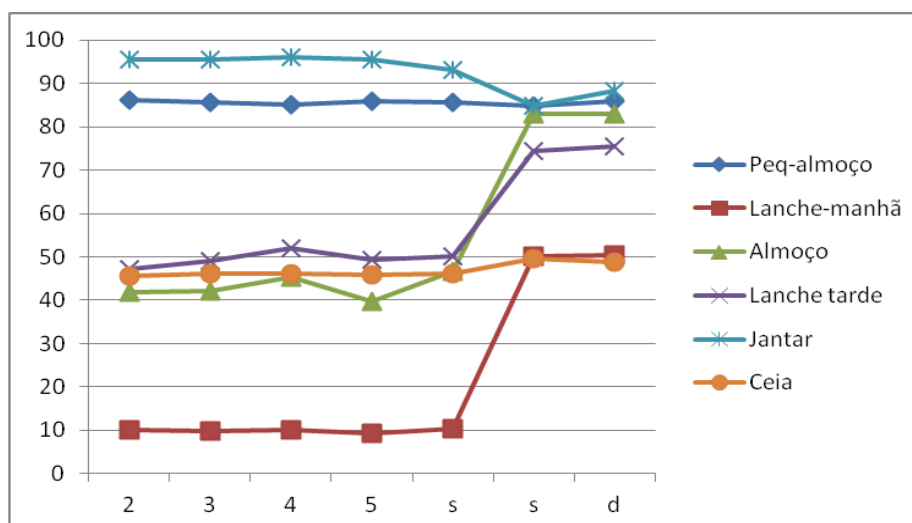
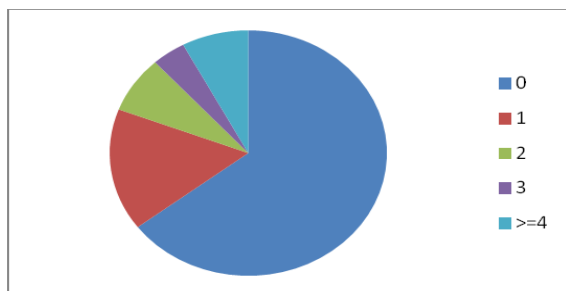
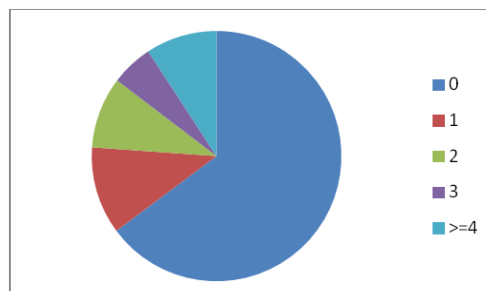


Figura 2 – Percentagens para as refeições diárias tomadas em casa durante a semana.

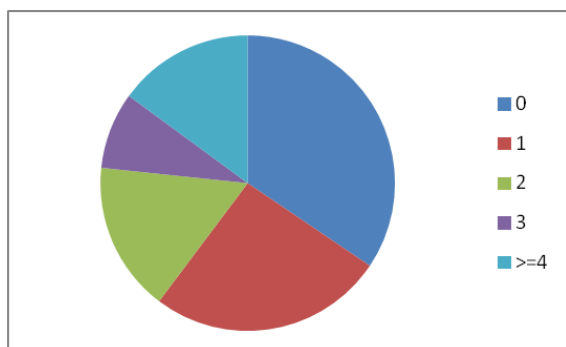
Restaurante de comida portuguesa



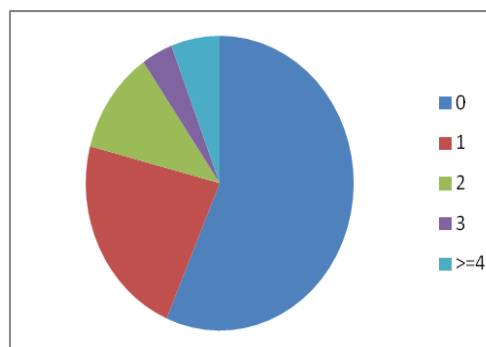
Snack-bar



Restaurante fast-food



Pizzaria



Restaurante de comida tradicional de outro país

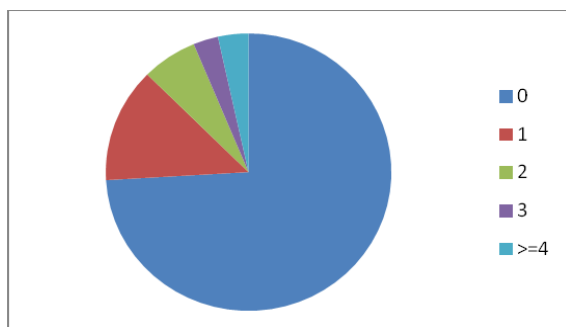


Figura 3 - Percentagens para o número de refeições tomadas no último mês em diversos tipos de restaurantes.

Quando questionados acerca do número de refeições tomadas em restaurantes no último mês 7,9% dos alunos referem que foram quatro ou mais vezes ao restaurante, sobretudo a restaurantes fast-food, snack-bar, de comida portuguesa e pizarias e raramente a restaurantes de comida tradicional de outro país (figura 3 e Anexo 2.2.2).

Relativamente às preferências de alimentos, os pratos preferidos incluem invariavelmente a carne e, em muitos casos, as natas, queijos e fritura. Considerando os doze pratos mais escolhidos, apenas dois pratos são de bacalhau e os mais indicados foram a lasanha e o bacalhau com natas (Anexo 2.2.3).

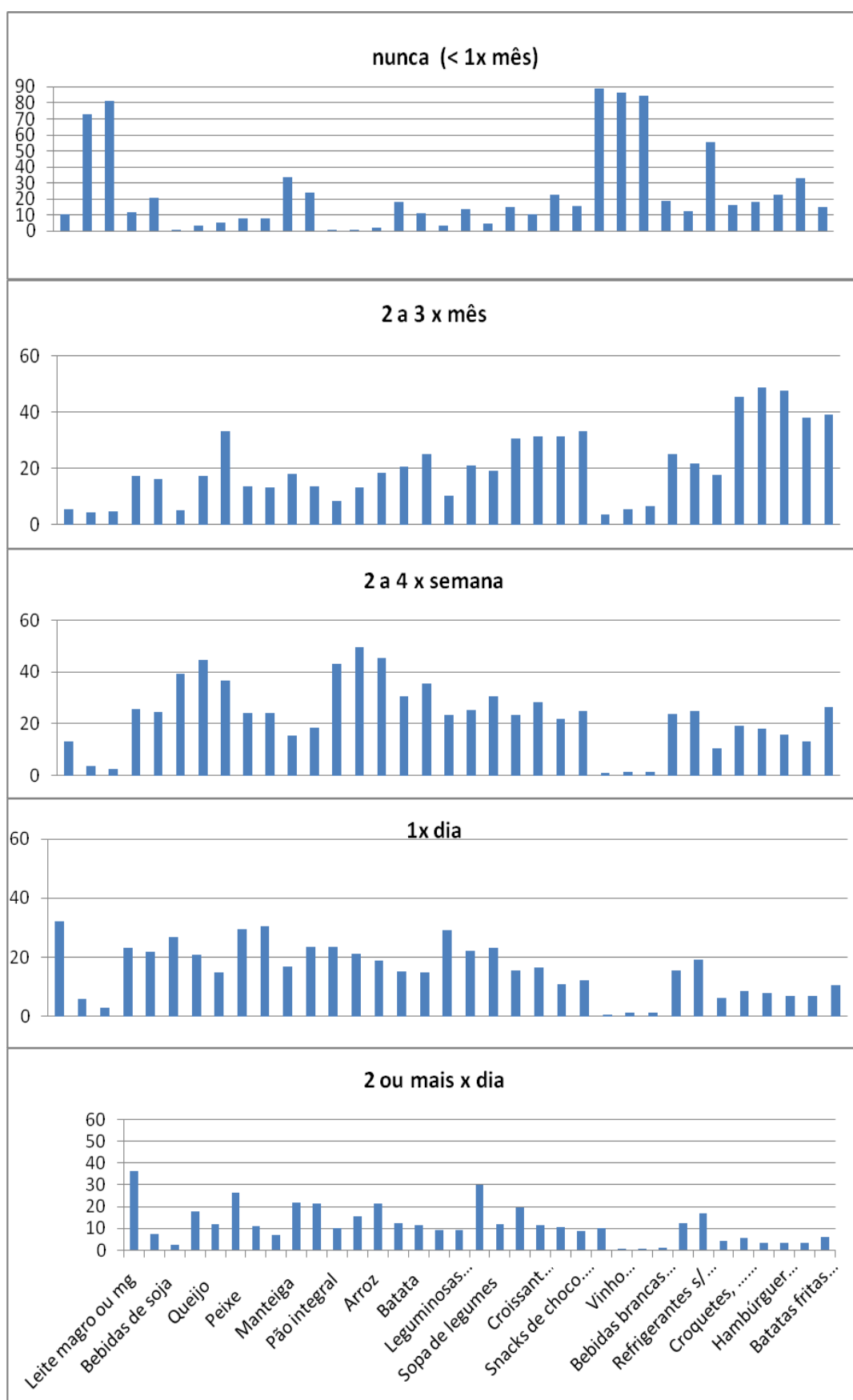


Figura 4 - Percentagem de consumo de alimentos no último mês na escala de frequência desde nunca a 2 ou mais vezes por dia.

Quanto à frequência de disponibilidade em casa de alimentos saudáveis e não saudáveis, verifica-se que na maioria das famílias as frutas e/ou vegetais estão sempre disponíveis (89,2%) enquanto que os refrigerantes (sempre 40,1%; às vezes 47,4%) e os chocolates, bolachas, doces e bolos (sempre 36,8%; às vezes 54,5%) mostram uma frequência de disponibilidade mais irregular e menor (Anexo 2.2.4).

De assinalar também que 15,4% dos adolescentes refere que a comida que come em casa às refeições se confina à que gosta de comer e que 82,6% come às refeições os mesmos alimentos que o resto da família (Anexo 2.2.5).

Relativamente à frequência de consumo de alimentos no último mês (Figura 4 e Anexo 2.2.6) constata-se que o leite é ingerido diariamente por 81,8% dos adolescentes, especialmente magro ou meio gordo, que o iogurte e o queijo fazem parte das refeições diárias de 40,9% e 33,9% adolescentes, respetivamente; que o peixe é preterido relativamente à carne, bem como o pão integral em relação ao branco; que a manteiga é utilizada diariamente por 51% dos adolescentes; que as massas e o arroz são mais utilizados do que a batata; que as hortícolas, as leguminosas e a sopa de legumes são pouco consumidas; que a fruta fresca é consumida diariamente por 59,1% dos adolescentes, que as bolachas, croissants e doces são ingeridos por cerca de metade dos adolescentes mais do que duas a quatro vezes por semana; que o recurso às bebidas alcoólicas é pouco significativo (2 a 3%), embora o recurso aos refrigerantes seja bastante importante (63,6% diariamente); que as bebidas energéticas são utilizadas semanalmente por cerca de 20% dos alunos; que alimentos fritos, salgados e piza são consumidos semanalmente, pelo menos 2 a 4 vezes, por cerca de 30 a 40% dos alunos.

O relatório do Projeto Aventura Social e Saúde, (2010) permite-nos uma análise comparativa de um estudo recente em relação à frequência de consumo de frutas e legumes. Relativamente ao consumo de fruta neste estudo os adolescentes revelaram comer fruta diariamente com maior frequência (59,1% em vez de 50,7%), embora o consumo diário de vegetais seja bastante menor (24,4% em vez de 61,4%).

Quando separamos a amostra em função do sexo, relativamente ao consumo diário dos alimentos considerados (Anexo 2.6.1), encontram-se algumas diferenças que permitem definir os hábitos alimentares de rapazes e raparigas. Os rapazes consomem diariamente mais carne, peixe, cereais não integrais, croissants, bolachas, donuts, refrigerantes com e sem gás, bebidas energéticas e fast food (croquetes, rissóis, pasteis de bacalhau, piza, hambúrguer de restaurante, snacks salgados, batatas fritas de pacote) do

que as raparigas. Estas consomem mais manteiga, pão branco e integral, hortícolas, fruta fresca, sopa de legumes, bolachas e doces (chocolate, snacks de chocolate, rebuçados e gomas). Também Matos et al., (2010), no estudo acima citado, constatou que as raparigas consomem mais fruta (45%) e legumes (30%) do que os rapazes, 38% e 23,3%, respetivamente, que os refrigerantes são mais consumidos pelos rapazes (25,6%) do que pelas raparigas (20,8%), mas que os doces são consumidos igualmente pelos rapazes (17,8%) e raparigas (17,2%).

Outro aspeto a realçar é que para todos os alimentos o consumo é maior nos adolescentes mais novos, dos 12 aos 14 anos, do que nos mais velhos, dos 15 aos 17 anos. Este facto adquire particular importância no que diz respeito ao consumo de vinho e bebidas brancas pelos rapazes mais novos, com uma percentagem de consumo de 1,8% e 3,3%, respetivamente. Estes resultados podem mostrar a tendência para hábitos de consumo de álcool cada vez mais precoce nos adolescentes, com um forte impacto negativo ao nível individual, familiar e social.

Na análise de CP da frequência de consumo de alimentos no último mês, foram excluídos das variáveis de pendentos os alimentos com muito baixas percentagens de frequência de consumo (leite gordo, bebidas de soja, pão integral snacks de chocolate, vinho, cerveja, bebidas brancas, bebidas energéticas e snacks salgados). Com a análise exploratória de PC e rotação varimax, obtiveram-se cinco fatores que explicam 54,1% da variância total, sendo 20% da variância explicada pelo 1º fator, 12% pelo 2º fator 9,7% pelo 3º fator 7,1% pelo 4º fator e 5,1% pelo 5º fator (Tabela 10). Analisando a estrutura fatorial, considerando como limiar de correlação 0,50, o 1º fator agrupa variáveis que englobam predominantemente alimentos de fast food e doces/guloseimas, alimentos fonte de gorduras e hidratos de carbono, o 2º fator alimentos fonte de proteínas e hidratos de carbono (carne, peixe e ovos e massa, batata e arroz). O 3º fator alimentos fonte de vitaminas, minerais e proteínas. O 4º e 5º fatores englobam produtos lácteos, respetivamente leite e seus derivados.

Na análise de correlação entre os scores de regressão, dos cinco fatores de frequência alimentar obtidos por ACPs, e ter PBN ou ter ExP, o 1º fator tem correlação significativa e negativa (N=864; $r=-0,171$; $p<0,001$), ExP relaciona-se com menor consumo de alimentos de fast food e de doces/guloseimas, o 4º fator, tem correlação significativa e negativa (N=864; $r=-0,085$; $p<0,012$), ExP relaciona-se com menor consumo de leite e de queijo e o 5º fator, tem correlação significativa positiva (N=864; $r=0,067$; $p=0,05$), o ExP relaciona-se com maior consumo de alimentos derivados do

leite. O mesmo se observa na correlação para o IMC. Relativamente à correlação entre sexo e classe de idade e os referidos fatores, o 3º fator tem correlação significativa positiva com o sexo ($r=0,151$; $p<0,01$) e negativa com a idade ($r=-0,082$; $p=0,01$) (Anexo 2.7). Assim, os maiores consumos de alimentos fonte de vitaminas, minerais e proteínas relacionam-se com o sexo feminino e com a classe de idade 12 a 15 anos.

Tabela 10 – Estrutura fatorial da frequência alimentar no último mês.

No último mês.	1º fator	2º fator	Fatores 3º fator	4º fator	5º fator
Quantas vezes consumiste leite magro ou meio gordo?				0,529	
Quantas vezes consumiste iogurte?					0,525
Quantas vezes consumiste queijo?					0,720
Quantas vezes consumiste carne?		0,710			
No último mês, quantas vezes comeste peixe?		0,547			
Quantas vezes comeste ovos?		0,538			
Quantas vezes comeste manteiga/margarina?				0,583	
Quantas vezes comeste pão branco ou tostas?					
Comeste cereais de pequeno-almoço não integrais?					
Quantas vezes comeste arroz?		0,734			
Quantas vezes comeste massas?		0,744			
Quantas vezes comeste batata?		0,701			
Quantas vezes comeste hortícolas?			0,815		
Quantas Vezes comeste leguminosas?			0,739		
Quantas vezes comeste fruta fresca?			0,585		
Quantas vezes comeste sopa de legumes?			0,712		
Quantas vezes comeste bolachas ou biscoitos?	0,502				
Croissant, pasteis, bolicão, donut?	0,739				
Quantas vezes comeste chocolate?	0,692				
Quantas vezes comeste rebuçados e gomas?	0,723				
Quantas vezes bebeste refrigerantes com gás?	0,620				
Quantas vezes bebeste refrigerantes sem gás?					
Quantas vezes comeste croquetes, rissóis, b.de bacalhau?	0,652				
Quantas vezes comeste piza?	0,764				
Quantas vezes comeste hamburguers?	0,784				
Quantas vezes comeste batatas fritas de pacote?	0,746				
Valor próprio	5,206	3,135	2,516	1,858	1,348
% de variância explicada	20,025	12,058	9,676	7,147	5,183
Variância total explicada	54,088				

(Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.)

Os alimentos evidenciados mostram uma preferência na dieta por alimentos industrializados ricos em hidratos de carbono, glicose e sal, disponibilizados regularmente nos estabelecimentos comerciais de restauração, cantinas, bares, cafetarias.

O facto de não se observar diferença na frequência de consumo de alimentos no último mês e excesso de peso poderá estar associado a semelhança no padrão de dieta quanto à frequência de uso e diferença na quantidade de alimentos ingerida. Também poderá haver imprecisão nas respostas e/ou autocensura na resposta entre os questionados com mais peso.

5.2. Hábitos alimentares e excesso de peso

A análise da tabela 11 permite conhecer a relação entre frequências de excesso de peso e hábitos alimentares, comportamentos e disponibilidade de alimentos, para a totalidade da amostra e segundo o sexo.

A omissão do pequeno almoço é um hábito que se identifica mais com o sexo feminino. Esta atitude poderá estar relacionada com a prática de dietas por auto iniciativa. Contudo não há diferença significativa de frequências entre a toma de pequeno almoço em cada sexo e na amostra total.

As frequências de excesso de peso não têm diferença significativa segundo a toma de refeições em restaurantes de fastfood, quer para cada sexo, quer para a totalidade dos adolescentes.

A resposta à pergunta se têm sempre disponível em casa fruta e vegetais revela que 89,2% respondem afirmativamente, 9,0% às vezes e apenas 1 rapaz responde negativamente. As frequências entre disponibilidade destes alimentos e excesso de peso não mostram diferença significativa.

Quanto às frequências de existência sistemática em casa de refrigerantes ou de chocolates, bolachas, doces, bolos e excesso de peso, verifica-se que têm diferença significativa, são os adolescentes totais e de cada sexo que respondem às vezes ou negativamente que possuem maior percentagem de excesso de peso. Mais uma vez se poderá questionar a veracidade das respostas de alguns adolescentes com excesso de peso.

O facto de a comida às refeições ser apenas a que gosta ou a mesma que a família não parece contribuir para o aumento da frequência do excesso de peso.

Relativamente à frequência entre quantidade de comida ingerida e excesso de peso, as diferenças são significativas nos três casos e é curioso constatar que 16,7% de rapazes e 14,3% de raparigas com excesso de peso indicam comer mais do que o que querem. Por seu turno, nos adolescentes que referem comer menos do que desejariam, cerca de 43% dos rapazes, 45% das raparigas e 44% na totalidade têm excesso de peso.

Por regressão logística entre ter ExP ou PBN e comer a quantidade de comida desejada, menos ou mais, os adolescentes com ExP têm uma probabilidade cerca de três vezes superior para referir comer menos do que desejam relativamente aos com PBN (OR 2,95; 95% C.I. 1,959-4,441; $p < 0,001$). Poderá ser questionado se a percepção da quantidade de comida ingerida é igualmente avaliada entre todos os adolescentes e se o desejo de comer mais, para além da quantidade adequada, leva a que os adolescentes considerem que desejam comer mais. Poderão também ser questionados aspetos relacionados com pressão familiar e tipo de controlo familiar ao nível da quantidade de alimentos ingeridos pelos filhos.

Tabela 11 – Frequências de excesso de peso e hábitos alimentares.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %	N	PBN %	ExP %
Pequeno almoço	Sim	500	77,4	22,6	518	75,1	24,9	1018	76,2	23,8
	Não	13	92,3	7,7	65	75,4	24,6	78	78,2	21,8
	p		0,20			0,96			0,69	
Restaurantes fastfood	< 4	453	77,0	23,0	530	74,9	25,1	983	75,9	24,1
	≥ 5	53	86,8	13,2	49	81,6	18,4	102	84,3	15,7
	p		0,10			0,29			0,05	
<u>Em casa sempre</u>										
Fruta e vegetais	Sim	472	77,8	22,2	531	74,4	25,6	1003	76,0	24,0
	Às vezes	47	85,1	14,9	54	83,3	16,7	101	84,2	15,8
	Não	1	100	0,0	0	0,0	0,0	1	100	0,0
	p		0,44			0,14			0,15	
Refrigerantes	Sim	243	82,3	17,7	208	83,2	16,8	451	82,7	17,3
	Às vezes	224	75,4	24,6	309	70,2	29,8	533	72,4	27,6
	Não	51	70,6	29,4	70	74,3	25,7	121	72,7	27,3
	p		0,07			0,00			0,00	
Chocolates, bolachas, doces, bolos	Sim	207	87,4	12,6	207	83,6	16,4	414	85,5	14,5
	Às vezes	280	72,1	27,9	333	70,9	29,1	613	71,5	28,5
	Não	32	68,8	31,2	46	69,6	30,4	78	69,2	30,8
	p		0,00			0,00			0,00	
Comida às refeições	Apenas a que gosta	94	80,9	19,1	79	78,5	21,5	173	79,8	20,2
	A mesma que a família	417	78,4	21,6	512	75,2	24,8	929	76,6	23,4
	p		0,60			0,52			0,36	
Come a quantidade de comida que quer	Sim	447	80,3	19,7	498	77,7	22,3	945	78,9	21,1
	Menos	42	57,1	42,9	67	55,2	44,8	109	56,0	44,0
	Mais	24	83,3	16,7	21	85,7	14,3	45	84,4	15,6
	p		0,00			0,00			0,00	

Quanto à pergunta sobre o que fez no último mês para perder ou manter o peso, 18,1% responderam comer menos comida (Anexo 2.3.1).

Poder-se-á questionar se os alunos com excesso de peso terão respondido de forma socialmente correta ou de forma assertiva, se subvalorizaram a frequência de consumo de alimentos por falta de percepção correta sobre quantificação do seu consumo de alimentos, dado que a quantidade/frequência de comida que comem ser inferior à que desejam.

6. Atividade física

6.1. Prática de Atividade física

Em termos da prática de atividade física verifica-se que, de um modo geral, praticam atividades vigorosas e moderadas três vezes por semana e referem caminhar cinco dias da semana mais de dez minutos por dia. No entanto, apenas 39,9% dos alunos praticam desporto organizado. É de realçar o facto de haver uma redução de 3,5% de prática de desporto organizado do ano letivo anterior para o presente, o que poderá estar relacionado com o menor poder económico das famílias (Anexo 2.4.1). As modalidades desportivas organizadas mais praticadas são o futebol/rugby/futsal (13,6%), seguidas da natação (6,6%), do ténis/badmington (5,3%) e da dança (4,5%) (Anexo 2.4.2).

Foram também identificados fatores considerados condicionantes à prática de atividade física, tendo-se constatado que apenas 7,8% referem problemas de saúde, na sua grande maioria temporários, como fraturas de membros e entorses, e 11,6% assinalam que os pais não os incentivam para a prática de atividade física (Anexo 2.4.3).

De salientar ainda o número médio de horas que passam sentados por dia de semana, 8,6 horas. Este tempo é passado sobretudo na escola (5,6 h/dia), mas também a ver televisão (2,2 h/dia) e no computador/internet (1,9 h/dia). A existência em 38% dos adolescentes de computador fixo no quarto e em 63% de televisão no quarto pode contribuir para a promoção do sedentarismo (Anexo 2.4.4).

6.2. Atividade física e excesso de peso

A tabela 12 retrata a prevalência de excesso de peso por sexo em alguns parâmetros que caracterizam a atividade física diária.

A análise dos valores obtidos para o nível de atividade física de acordo com as classes em MET-min/sem., segundo o IPAQ versão curta, e o excesso de peso não revela diferença significativa. Facto que contraria o esperado, de que a um maior nível de intensidade de atividade física corresponde uma menor percentagem de excesso de peso, Um aspeto que poderá contribuir para a interpretação destes resultados relaciona-se com o facto de 66,1% dos adolescentes afirmarem praticar determinado número de dias por semana e tempo por dia de atividade física que permite a sua integração no nível intenso, o que faz com que nos rapazes se incluam 20,9% de adolescentes com excesso de peso e nas raparigas se incluam 24,9%. Nestes adolescentes a energia utilizada na prática de atividade física deverá ser excessivamente compensada com a ingestão de alimentos. É também de assinalar o maior número de rapazes do que de raparigas no nível de atividade intensa e a percentagem de raparigas no nível de atividade baixo ser de 30,0% ao invés dos 14,4% dos rapazes, o que é concordante com os resultados obtidos num estudo realizado por Matos et al (2002) numa amostra de adolescentes com uma média de idades equivalente à deste estudo em que concluíram que tanto o sexo como a idade foram associados à prática de atividade física com os rapazes e os mais novos a praticarem mais. Este facto pode estar relacionado com os diferentes hábitos que tradicionalmente se atribuem a cada sexo. Nos rapazes é mais valorizada a prática desportiva e nas raparigas a prática de atividades mais sedentárias.

Relativamente ao tempo sentado em minutos por dia útil verifica-se que, para os rapazes e em termos totais da amostra, a um maior período de tempo sentado corresponde uma maior percentagem de excesso de peso. Contudo, as raparigas com maiores valores percentuais de excesso de peso encontram-se na classe intermédia de tempo sentado.

Situação idêntica se verifica em relação à prática ou não de atividade física organizada, ou seja, ao contrário dos rapazes, são as raparigas que praticam atividade física organizada que possuem maior valor percentual de excesso de peso, embora haja mais rapazes com atividade física organizada. A análise do tempo gasto por dia em atividade organizada mostra que nos rapazes e na amostra total o excesso de peso diminui com o aumento do tempo dispendido, embora nas raparigas não se encontre qualquer relação.

Em 2010, a OMS recomendou níveis de atividade física de modo a promover a saúde das crianças e jovens entre os 5 e os 17 anos. A atividade física nestas idades caracteriza-se pelos jogos, os desportos e a caminhada recreativa, educação física ou exercícios sistemáticos no contexto da escola, família e comunidade. De modo a melhorar alguns parâmetros de saúde cardiorespiratória e muscular, dos ossos, cardiovascular e metabólica e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, recomenda: que a população

entre os 5 e os 17 anos deve realizar no mínimo 60 minutos de atividade física diária moderada a intensa; que a atividade física superior a 60 minutos diários providencia efeitos adicionais à saúde; que a maior parte da atividade física deve ser aeróbica; que deve ser adicionada atividade física vigorosa a intensa, incluindo a que fortaleça os músculos e os ossos, pelo menos três vezes por semana.

Tabela 12 – Frequências de excesso de peso e atividade física diária.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		N	%	ExP	N	%	ExP	N	%	ExP
Nível de atividade física (MET-min/sem)	Intensa	411	79,1	20,9	333	75,1	24,9	744	77,3	22,7
	Moderada	44	81,8	18,2	82	75,6	24,4	126	77,8	22,2
	Baixa	77	70,1	29,9	178	75,8	24,2	255	74,1	25,9
	p		0,18			0,98			0,55	
Tempo sentado (min./dia útil)	≤ 480	280	81,4	18,6	298	77,2	22,8	578	79,2	20,8
	481 a 600	157	75,8	24,2	192	72,9	27,1	349	74,2	25,8
	> 600	69	69,6	30,4	59	76,3	23,7	128	72,7	27,3
	p		0,07			0,55			0,10	
Atividade física organizada	Sim	263	81,0	19,0	181	72,9	27,1	444	77,7	22,3
	Não	269	75,1	24,9	412	76,5	23,5	681	75,9	24,1
	p		0,10			0,35			0,48	
Atividade física organizada (h/dia)	Nenhuma	267	74,9	25,1	409	76,5	23,5	676	75,9	24,1
	≤ 0,5	103	80,6	19,4	122	72,1	27,9	225	76,0	24,0
	> 0,5 ≤ 1	101	81,2	18,8	45	75,6	24,4	146	79,5	20,5
	>1	61	82,0	18,0	17	70,6	29,4	78	79,5	20,5
	P		0,38			0,75			0,73	

Analisando a tabela 13 é possível relacionar a prevalência de excesso de peso por sexo com algumas atividades que fazem parte da rotina diária dos adolescentes, sugerindo as diferenças significativas que gastar mais tempo por dia a estudar/ler, jogar jogos eletrônicos ou fazer trabalhos de casa se associa a excesso de peso adolescente no sexo masculino. Na análise de regressão logística para as variáveis da tabela 13 e para a totalidade da amostra apenas num parâmetro as diferenças são significativas, adolescentes que estudam 2-3 horas por dia têm uma probabilidade de 1,4 mais de ter excesso de peso que os que estudam menos que 2 horas/dia (OR 1,44; 95% C.I. 1,015-2,052; p=0,04).

A tabela evidencia que existe apenas uma atividade, ver televisão, em que ao maior número de horas de visualização corresponde uma maior percentagem de excesso de peso em ambos os sexos com valor significativo. Para as restantes atividades não

parece existir uma relação consistente de sedentarismo e aumento de excesso de peso para ambos os sexos, destacando-se apenas para os rapazes o aumento de excesso de peso com o aumento do número de horas de utilização de internet/lazer e de jogos eletrónicos. Talvez seja então interessante utilizar os dados para traçar o perfil da rotina diária da maioria dos rapazes e raparigas com excesso de peso, que é coincidente.

Estudam/lêem até duas horas; vêem até duas horas de TV ou três ou mais horas; vêem DVD/vídeos até duas horas; utilizam a internet para lazer três ou mais horas ou até duas horas (sobretudo as raparigas); utilizam a internet para estudo até duas horas, bem como os jogos eletrónicos, a realização de trabalhos de casa e de tarefas domésticas; dormem entre nove a onze horas.

Os resultados obtidos neste estudo em relação ao sono são compatíveis com os do estudo de Littman *et al.* (2007), Calamaro *et al.* (2010) e Ferreira (2010) que não encontraram também associação significativa entre a duração do sono e o desenvolvimento de obesidade.

Comparando os resultados obtidos relativamente ao tempo de visualização de televisão por dia com os resultados obtidos noutros estudos constata-se que os hábitos de consumo televisivo têm aumentado exponencialmente nas últimas décadas, ver TV é a atividade que ocupa a maior parte do tempo de lazer dos adolescentes. Num estudo nacional, realizado em crianças e adolescentes, o tempo médio despendido a ver TV foi em média 2 horas nos dias úteis e 3,5 horas no fim de semana. Nos EUA, cerca de 26% das crianças e adolescentes referiam ver TV mais de 4 horas por dia, bem como no estudo desenvolvido por Gouveia, 2007, o que parece preocupante. Neste estudo, o tempo médio por dia útil é de 2,26 horas e de 3,44 horas no fim de semana, o que é bastante concordante com o estudo nacional. É também preocupante que 37,5% dos adolescentes afirmem ver 3 ou mais horas, embora a classe seja mais restritiva do que nos estudos referidos. Segundo revisão feita por Fonseca, (2009), a televisão promove o ganho de peso por diminuir o tempo de atividade física e por aumentar o teor calórico diário, uma vez que a maioria das crianças consome passivamente quantidades excessivas de alimentos hipercalóricos enquanto vê televisão.

A elevada prevalência de hábitos de vida sedentários encontrados, também referidos por outros autores portugueses, são argumento para se dar primazia às estratégias que promovam estilos de vida saudáveis (Gouveia, 2007).

Tabela 13 – Frequências de excesso de peso e rotina diária.

Variáveis		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		PBN		ExP	PBN		ExP	PBN		ExP
		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Estudar/ler (h/dia)	0-2	399	79,7	20,3	369	74,0	26,0	768	77,0	23,0
	2-3	57	63,2	36,8	116	75,9	24,1	173	71,7	28,3
	≥ 3	55	77,1	22,9	76	78,9	21,1	111	78,4	21,6
	p		0,02			0,64			0,28	
Ver TV (h/dia)	0-2	186	76,9	23,1	212	75,9	24,1	398	76,4	23,6
	2-3	120	80,8	19,2	127	78,7	21,3	247	79,8	20,2
	≥ 3	175	75,4	24,6	213	71,4	28,6	388	73,2	26,8
	p		0,54			0,28			0,16	
DVD/Vídeos (h/dia)	0-2	410	78,3	21,7	465	75,1	24,9	875	76,6	23,4
	2-3	47	74,5	25,5	48	68,8	31,2	95	71,6	28,4
	≥ 3	29	75,9	24,1	28	82,1	17,9	57	78,9	21,1
	p		0,81			0,41			0,49	
Internet/Lazer (h/dia)	0-2	192	79,2	20,8	290	74,5	25,5	482	76,3	23,7
	2-3	98	79,6	20,4	107	72,0	28,0	205	75,6	24,4
	≥ 3	188	75,0	25,0	149	75,2	24,8	337	75,1	24,9
	p		0,54			0,83			0,91	
Internet/Estudo (h/dia)	0-2	413	77,0	23,0	422	74,6	25,4	835	75,8	24,2
	2-3	40	82,5	17,5	85	69,4	30,6	125	73,6	26,4
	≥ 3	23	78,3	21,7	36	75,0	25,0	59	76,3	23,7
	p		0,72			0,59			0,85	
Jogos Eletrônicos (h/dia)	0-2	305	80,7	19,3	529	73,7	26,3	834	76,3	23,7
	2-3	66	78,8	21,2	17	88,2	11,8	83	80,7	19,3
	≥ 3	113	70,8	29,2	15	73,3	26,7	128	71,1	28,9
	p		0,09			0,40			0,25	
TPC (h/dia)	0-2	389	78,7	21,3	361	75,1	24,9	750	76,9	23,1
	2-3	74	71,6	28,4	118	68,6	31,4	192	69,8	30,2
	≥ 3	25	76,0	24,0	72	81,9	18,1	97	80,4	19,6
	p		0,40			0,11			0,06	
Tarefas Domésticas (h/dia)	0-2	451	77,6	22,4	464	74,8	25,2	915	76,2	23,8
	2-3	24	79,2	20,8	51	72,5	27,5	75	74,7	25,3
	≥ 3	7	71,4	28,6	35	71,4	28,6	42	71,4	28,6
	p		0,91			0,86			0,75	
Tempo de Sono (h/dia)	< 9	113	78,8	21,2	66	78,8	21,2	179	78,8	21,2
	9-<10	159	74,2	25,8	172	75,6	24,4	331	74,9	25,1
	10-11	158	77,2	22,8	212	75,5	24,5	370	76,2	23,8
	≥ 11	69	84,1	15,9	110	75,5	24,5	179	78,8	21,2
	p		0,42			0,95			0,68	

7 - Imagem e estima corporal

7.1. Imagem e estima corporal

No que diz respeito à imagem corporal pode dizer-se que a maioria (entre 60 a 70%) dos alunos se sente bem ou mesmo muito bem com o seu corpo. Os aspetos que mais os desagradam são o peso (19,8%), a barriga (19%) e os pêlos no corpo (16,3%) (Anexo 2.5.1). Se se reduzir a auto-imagem ao peso e à altura verifica-se que se posicionam entre o peso bom (51,9%) e algum peso a mais (24,5%) e, quanto à altura, consideram-se baixos (20,7%) ou com altura boa (63,6%) (Anexo 2.5.2).

Tabela 14 – Estrutura fatorial da imagem corporal para cada sexo.

	Fatores							
	Masculino				Feminino			
	1º fator	2º fator	3º fator		1º fator	2º fator	3º fator	4º fator
odor corporal			0,520					0,820
apetite								
nariz			0,679					
porte físico				0,670				
lábios			0,696					
força muscular		0,660				0,555		
cintura		0,572		0,712				
coxas		0,573		0,712				
orelhas			0,772			0,629		
biceps		0,770				0,694		
queixo			0,733			0,598		
constituição física		0,824		0,709				
coordenação física		0,703				0,519		
nádegas						0,504		
agilidade		0,599						
ombros	0,624					0,534		
braços	0,608					0,634		
peito ou mamas	0,589							
olhos	0,672						0,751	
bochechas	0,685		0,507				0,756	
ancas	0,669			0,666				
pernas	0,681			0,655				
aspeto físico	0,536	0,602		0,722				
pés	0,586							
barriga	0,605	0,592		0,728				
saúde	0,593							
pêlos no corpo?	0,606							0,671
cara/face	0,625					0,594		
peso	0,602	0,571		0,800				
valor próprio	6,975	6,518	5,378	6,544	4,610	3,310	2,164	
% variância explicada	24,05	22,47	18,55	22,57	15,89	11,41	7,46	
variância total explicada	65,08			57,34				
Alpha de Cronbach	0,971			0,949				

(Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.)

Tabela 15 – Comparação entre autoavaliação do peso e da estatura com os valores observados.

	Média	N	DP	p
Total				
Sexo masculino				
Qual é a tua altura?	1,642	487	0,102	< 0,001
Estatura em m	1,655	487	0,095	
Peso em Kg	57,049	489	12,598	< 0,001
Qual é o teu peso?	55,820	489	12,445	
Sexo feminino				
Qual é a tua altura?	1,592	568	0,079	< 0,001
Estatura em m	1,599	568	0,065	
Peso em Kg	55,647	570	10,700	< 0,001
Qual é o teu peso?	54,615	570	10,342	
PBN				
Sexo masculino				
Qual é a tua altura?	1,637	383	0,101	< 0,001
Estatura em m	1,652	383	0,094	
Peso em Kg	53,038	383	9,367	< 0,001
Qual é o teu peso?	52,235	383	9,862	
Sexo feminino				
Qual é a tua altura?	1,591	426	0,075	0,001
Estatura em m	1,598	426	0,065	
Peso em Kg	51,666	428	7,618	< 0,001
Qual é o teu peso?	51,122	428	7,777	
ExP				
Sexo masculino				
Qual é a tua altura?	1,659	104	0,100	0,001
Estatura em m	1,667	104	0,098	
Peso em Kg	71,545	106	12,149	< 0,001
Qual é o teu peso?	68,773	106	12,234	
Sexo feminino				
Qual é a tua altura?	1,595	142	0,091	0,05
Estatura em m	1,604	142	0,063	
Peso em Kg	67,645	142	9,653	< 0,001
Qual é o teu peso?	65,143	142	9,992	

Na análise em Componentes Principais (Tabela 14), no sexo masculino, obtiveram-se três fatores com valores próprios, superiores a 1, que explicam 65 % da variância total. O 1º fator explica 24% da variância e agrupa os itens maioritariamente de atração física e satisfação com o corpo. O 2º fator predominantemente com itens de atração física que explicam 22,5 % da variância total e o 3º fator composto por itens de atração física e odores que explicam 18,5% da variância.

No sexo feminino obtiveram-se 4 fatores, com valores próprios superiores a 1, que explicam 57,3 % da variância total, sendo respetivamente a variância explicada por cada fator por ordem decrescente, 22,57%, 15,89%, 11,41% e 7,46%. O 1º fator é

constituído por itens maioritariamente de satisfação com o corpo e relacionados com parâmetros da aparência suscetíveis de mudar pela dieta ou atividade física. O 2º fator com itens de atração física e satisfação com o corpo, que são menos suscetíveis de mudar com dieta e atividade física. O 3º fator com itens de atração física relativos à face e o 4º fator com itens de odor e higiene corporal. A estrutura fatorial obtida mostra pois que entre os sexos o modelo de interpretação da satisfação com a imagem e estima corporal é diferente.

A tabela 15 permite conhecer a assertividade dos adolescentes por sexo quanto à sua perceção do peso e estatura com os respetivos valores reais. Quer os rapazes quer as raparigas são mais assertivos na estatura do que no peso. Em relação a este, as raparigas apresentam um desvio padrão inferior ao dos rapazes, significando uma menor diferença entre o peso estimado e o real, o que está de acordo com a maior importância que as raparigas atribuem ao corpo.

Relativamente à aparência/estima corporal é visível a importância que tem na sua vida pessoal e social e como contribui para a felicidade de mais de 50% dos adolescentes. Diminui a concordância quando se relaciona a aparência física com o carácter e com a influência dos media nos adolescentes e aumenta consideravelmente a discordância quando se extrema a importância da aparência para conseguir algo, encontrar a felicidade ou ser mais feminina/masculino. Estes resultados denotam que a aparência é muito importante nas suas vidas, mas não determinante para viver e ser feliz (Anexo 2.5.3).

Contudo, é ainda relevante mencionar que 27,84% dos adolescentes em média não expresse opinião, pois responde nem concordo nem discordo, o que poderá estar relacionado com o facto de nesta faixa etária a aparência não ser uma prioridade para todos e não tenha desencadeado uma reflexão pessoal (Anexo 2.5.3).

Quanto à análise de CPs da escala de estima corporal (tabela 16) observa-se nos rapazes uma estrutura fatorial com dois fatores que explicam 49,3% da variância total e o 1º fator explica 32,4% da variância; nas raparigas a estrutura fatorial contém 3 fatores que explicam 47,6% da variância total, o 1º fator explica 22,6% e o 2º fator 13,7% da variância.

O 1º fator nos rapazes contém maioritariamente os itens que se referem à aparência considerada boa ou má a nível social, ou seja que dizem respeito a estereótipos de aparências. O 2º fator salienta-se os itens que mostram necessidade de manter uma boa aparência. Nas raparigas o 1º fator é composto de itens de

estereótipos de aparência e itens de vulnerabilidade, que mostram como a aparência pode ser defeituosa e socialmente inaceitável e itens de auto-investimento que mostram a necessidade de se manter uma boa aparência. O 2º fator caracteriza-se pela necessidade de se manter uma boa aparência.

Tabela 16 - Estrutura fatorial da estima corporal para cada sexo.

	Fatores				
	MAS			FEM	
	1º fat	2º fat	1º fat	2º fat	3º fat
Aquilo que aparento é uma parte importante daquilo que sou.		0,767		0,625	
Uma das primeiras coisas que as pessoas irão notar em mim é o que está mal na minha aparência.					
A aparência física de uma pessoa é um sinal indicador do seu caráter.	0,455			0,597	
Se eu pudesse ser fisicamente como desejaria, seria muito mais feliz.	0,587		0,498		
Se as pessoas soubessem como é que eu realmente sou fisicamente, gostariam menos de mim.	0,773		0,669		
Controlando a minha aparência, consigo controlar muitos dos acontecimentos sociais e emocionais na minha vida.		0,630		0,652	
A minha aparência é responsável por muito do que aconteceu na minha vida.	0,516	0,489	0,523		
Devo fazer o que puder para aparentar sempre o meu melhor.		0,719		0,596	
O envelhecimento tornar-me-á menos atraente.	0,563				0,796
As mensagens dos media na nossa sociedade tornam impossível que eu me sinta satisfeito com a minha aparência.	0,705		0,450		
A única forma de poder vir a gostar da minha aparência seria mudar aquilo que sou fisicamente.	0,781		0,664		
As pessoas atraentes têm tudo.	0,711		0,670		
As pessoas simples demoram bastante tempo a encontrar a felicidade.	0,771		0,730		
valor próprio	4,21	2,19	2,93	1,77	1,47
% variância explicada	32,40	16,91	22,57	13,68	11,35
variância total explicada		49,31		47,6	
Alpha de Cronbach		0,87		0,78	

(Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.)

Analisando o desejo de mudança corporal em função do sexo (tabela 17) verifica-se que, apesar da diferença entre sexos não ser significativa, 41,2% dos rapazes e 47,3% das raparigas revelam esse desejo, o que demonstra que quase metade dos adolescentes da amostra mudaria algo no seu corpo. Outro aspeto curioso é o facto de a percentagem entre sexos não ser muito diferente, podendo estar relacionada com um aumento da importância que os rapazes atribuem ao corpo, fruto de uma sociedade que favorece e promove a beleza corporal. Também o relatório de 2006 no âmbito do Projeto Aventura Social e Saúde destaca um aumento do desejo de alterar algo no

corpo, de 46,4% para 55,1% , em ambos os géneros, embora mais frequentemente nas raparigas.

Tabela 17 - Frequências do desejo de mudança corporal em função do sexo.

		Sexo masculino		Sexo feminino		P
		N	%	N	%	
Se pudesse ser fisicamente como desejaria, seria muito mais feliz	Discordo totalmente	59	47,6	65	52,4	0,137
	% por sexo		11,8		11,3	
	Discordo	62	46,3	72	53,7	
	% por sexo		12,4		12,5	
	Nem concordo nem discordo	172	50,9	166	49,1	
	% por sexo		34,5		28,9	
	Concordo	110	46,6	126	53,4	
	% por sexo		22,0		22,0	
	Concordo totalmente	96	39,8	145	60,2	
	% por sexo		19,2		25,3	

7.2. Imagem e estima corporal e excesso de peso

Se se analisarem os valores obtidos para cada característica corporal por sexo e em função da condição de excesso de peso verifica-se que as diferenças são significativas para quase todas as partes ou funções do corpo (Anexos 3 e 4).

A saúde, os olhos, os lábios e as bochechas são motivo de satisfação para rapazes e raparigas, embora os rapazes valorizem também as características que definem a virilidade. O que mais desagrada às raparigas são os pêlos do corpo, o peso, os pés, as pernas e o aspeto físico. Contudo, a média mais baixa refere-se ao peso para ambos os sexos e é de 3,88 para os rapazes e de 3,33 para as raparigas, o que significa que os adolescentes participantes no estudo possuem uma imagem razoável do seu corpo. Relativamente aos adolescentes com excesso de peso o que os faz sentir pior é obviamente o peso, os biceps, as coxas, o porte físico e a cintura, características relacionadas com o excesso de peso (Anexos 3 e 4).

Os rapazes sentem-se melhor com o seu corpo do que as raparigas, pois as médias parciais são quase sempre mais elevadas, assim como os adolescentes sem excesso de peso em relação aos que o possuem (Anexos 3 e 4). A tabela 18 mostra que o mesmo acontece quando se recorre à média total dos vários itens referentes à imagem corporal, originando também diferenças significativas.

Estes resultados estão de acordo com o esperado, as raparigas têm maior preocupação com o corpo, daí que o seu grau de satisfação seja menor (Demarest and Allen, 2000; Gaspar, 1999). Vários estudos feitos, inclusivé no contexto português por Santos e Maia (2003), revelam que a auto estima é geralmente superior no sexo masculino. Os resultados do relatório de 2010 do Projeto Aventura Social e Saúde, confirmam a tendência de que são os rapazes quem mais considera ter bom ou muito bom aspeto, bem como um corpo ideal.

Os adolescentes com excesso de peso, especialmente por essa razão, têm uma imagem corporal mais reduzida, sobretudo as raparigas.

Tabela 18 – Médias da imagem corporal em função do sexo e excesso de peso.

Sexo		Imagem corporal		
masculino	N	Média	DP	p
Sem excesso de peso	356	4,12	0,68	0,00
Com excesso de peso	93	3,70	0,81	
feminino				
Sem excesso de peso	356	3,84	0,66	0,00
Com excesso de peso	114	3,47	0,68	

Para a imagem corporal a correlação dos fatores da análise de CPs nos rapazes mostra que o 1º fator e o 2º fator têm correlação negativa significativa com o IMC e o ExP/PBN (Anexo 5), assim maior satisfação corporal para itens de atração física associa-se com menor IMC. A mesma análise para raparigas, só o 1º fator mostrou correlação significativa e negativa, a maior satisfação com parâmetros da aparência corporal suscetíveis de mudar pela dieta ou atividade física corresponde menor IMC (Anexo 5.1).

Quanto à estima corporal a correlação dos fatores resultantes da análise de CPs e os IMC, ExP/PBN e classe de idade, nos rapazes apenas uma correlação é significativa e negativa, entre o 2º fator e o IMC e ExP/PBN (Anexo 6), assim a necessidade de manter uma boa aparência está correlacionado com menor IMC ou com PBN. Nas raparigas salienta-se a correlação significativa negativa entre o 2º fator de estima corporal e o IMC e o ExP/PBN (Anexo 6.1), refletindo que a necessidade de manter uma boa aparência se relaciona com menor IMC e com PBN.

Quanto à perceção da altura, a tabela 19 revela que a maioria dos rapazes e das raparigas considera ter uma altura boa, apesar de haver maior número de raparigas do que de rapazes a considerar-se baixas. Não se evidenciam diferenças significativas

relativamente ao excesso de peso. O mesmo não se verifica na percepção do peso em ambos os sexos, pois os resultados são indicadores de que a maioria dos adolescentes com excesso de peso tem essa percepção. Contudo, 10,4% de adolescentes com excesso de peso consideram ter um peso normal, o que pode dificultar a aceitação de qualquer plano de regularização do peso. Há também adolescentes, sobretudo raparigas (112), que tendo baixo peso ou normal consideram ter algum peso a mais (102) ou muito peso a mais (10), o que poderá promover o recurso a estratégias, nem sempre saudáveis, para baixar o peso. Como seria de esperar, há mais rapazes a considerarem-se muito magros ou magros do que raparigas.

Tabela 19 –Frequências de excesso de peso e percepção da altura e do peso.

		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		PBN ExP			PBN ExP			PBN ExP		
Variáveis		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Quanto à altura é:	Muito baixo	15	86,7	13,3	12	75,0	25,0	27	81,5	18,5
	Baixo	94	80,9	19,1	139	77,0	23,0	233	78,5	21,5
	Altura boa	349	79,1	20,9	367	75,2	24,8	716	77,1	22,9
	Altura a mais	33	69,7	30,3	48	70,8	29,2	81	70,4	29,6
	Muita altura	15	60,0	40,0	16	75,0	25,0	31	67,7	32,3
p		0,23			0,94			0,39		
Quanto ao peso é:	Muito magro	10	100	0,0	8	75,0	25,0	18	88,9	11,1
	Magro	87	100	0,0	73	100	0,0	160	100	0,0
	Peso bom	312	87,5	12,5	272	91,9	8,1	584	89,6	10,4
	Peso a mais	81	29,6	70,4	195	52,3	47,7	276	45,7	54,3
	Muito peso	16	18,8	81,2	36	27,8	72,2	52	25,0	75,0
p		0,00			0,00			0,00		

Relativamente à aparência corporal há também diferenças significativas entre sexos e entre os adolescentes com e sem excesso de peso (Anexos 7 e 8).

Entre sexos os resultados revelam que os rapazes concordam mais do que as raparigas com o facto de a aparência física ser indicadora do carácter, da aparência determinar a relação com os outros, de determinar o que acontece na vida, do envelhecimento nos tornar menos atraentes, da necessidade de mudança física para melhorar a aparência, das pessoas atraentes terem tudo e das pessoas simples demorarem mais tempo a encontrar a felicidade. Também são os rapazes que associam mais a beleza à masculinidade do que as raparigas à feminilidade. A explicação poderá

estar relacionada com o diferente ritmo de desenvolvimento emocional entre sexos, tornando os rapazes mais vulneráveis às pressões externas do que as raparigas, que já possuem uma opinião pessoal sobre o assunto mais estruturada (Anexo 7).

Quando se separa a amostra em função do peso, há diferenças significativas quanto à importância que a aparência tem na pessoa, com indicadora do carácter e na relação entre o envelhecimento e a menor atração. Estas diferenças revelam que são os adolescentes sem excesso de peso que apresentam maior nível de concordância, o que parece natural, já que os adolescentes com excesso de peso tendem a desvalorizar a importância da aparência. Esta explicação é apoiada pelo facto de serem os adolescentes com excesso de peso que mais refiram a mudança física como importante para a felicidade e como sendo a única forma de gostar da sua aparência, traduzindo-se em diferenças significativas relativamente aos adolescentes sem excesso de peso (Anexo 8).

8. Saúde

8.1. Bem estar e saúde

No campo da saúde (Anexo 2.3.2), 92,7% dos alunos consideram-na entre normal e excelente. Contudo, 39,2% referem sentir mais do que uma vez por semana cansaço/exaustão, 26,1% dores de cabeça, 17,8% dores de costas, 10,4% dores de pescoço e ombros e 6,8% dores de estômago. Apenas 20,8% admite que não sente dores nem cansaço (Anexo 2.3.3). Estes resultados são bastante superiores aos obtidos por Matos et. al, (2010), em que para o cansaço, dores de cabeça e de costas se tinham obtido 11,9%, 9,4%, 7,5%, respetivamente e merecem uma reflexão por parte das escolas acerca do ritmo de atividade física diária de alguns alunos, da sua postura quando sentados e do peso do material escolar que transportam diariamente, da acuidade visual e do nível de ansiedade.

Sentimentos de tristeza, depressão, irritação, nervosismo e dificuldade em adormecer são relatados como acontecendo em média cerca de duas vezes por mês, o que não parece muito valorizável (Anexo 2.3.4). Doenças crónicas indicadas referem-se sobretudo à existência de alergias (14,6%) e asma (8,4%) (Anexo 2.3.5). Estes resultados foram também encontrados no estudo de Matos et al. (2010).

Quando questionados sobre o número de vezes que fizeram dieta no último ano, 72,8% dos alunos referem nunca ter feito e 16,1% terem recorrido à dieta entre 1 a 4 vezes (Anexo 2.3.6). 29,2% dos alunos admitem estar a tentar perder peso (Anexo 2.3.7)

e enunciaram como métodos a intensificação do exercício físico, a ingestão de menor quantidade de comida por refeição, a seleção de alimentos menos calóricos, comer pouco, mas aumentar o número de refeições diárias (Anexo 2.3.1). O recurso a estas estratégias assertivas denota que a maioria dos adolescentes que quer perder peso se encontra devidamente informado.

8.2. Saúde e excesso de peso

A análise da tabela 20 mostra haver diferenças significativas por sexo entre os adolescentes sem e com excesso de peso relativamente ao número de vezes que fizeram dieta no último ano, ao que se encontram a fazer em relação ao peso, ao que fizeram para perder ou manter o peso e à forma como consideram a sua saúde.

Entre sexos, verifica-se que são as raparigas que mais revelam ter feito dieta no último ano. Também Packard e Krogstrand (2002), verificaram que mais de metade das raparigas tinha preocupações com o peso, sendo neste estudo a percentagem de 53,4%. De salientar a existência de 103 raparigas que fizeram dieta sem possuírem excesso de peso, o que está de acordo com a maior preocupação que têm em relação ao corpo do que os rapazes. Quanto à frequência utilizada, a maior percentagem indicada por rapazes e raparigas é entre uma a quatro vezes por ano, independentemente do peso que possuem. No entanto, são os adolescentes de ambos os sexos com excesso de peso que referem ter feito maior número de vezes dieta nesse ano.

Na resposta à questão sobre o que faz em relação ao peso constata-se que a maioria dos adolescentes com excesso de peso tenta perder peso. Contudo, cerca de 10% de adolescentes de ambos os sexos com excesso de peso admite não fazer nada, o que requer por parte da escola maior acompanhamento. Um valor a evidenciar refere-se ao facto de 119 raparigas com baixo peso ou normal mencionarem que se encontram a tentar perder peso, o que está de acordo com a referência feita acima de que se encontram a fazer dieta.

Quanto às estratégias utilizadas para perder ou manter o peso, enquanto que os rapazes preferem intensificar o exercício físico, as raparigas preferem comer menos quantidade de comida. Depois apostam ambos em comer menos em cada refeição, mas muitas vezes ao dia e, sobretudo em acumular várias das estratégias apresentadas. Os adolescentes com excesso de peso de ambos os sexos optam por recorrer essencialmente a mais do que uma estratégia referida para perderem peso.

Tabela 20 – Frequências de excesso de peso e fatores relacionados com a saúde.

		Sexo masculino			Sexo feminino			Total		
		PBN	ExP		PBN	ExP		PBN	ExP	
Variáveis		N	%	%	N	%	%	N	%	%
Nº de vezes que fez dieta no último ano	Nunca	428	85,5	14,5	391	86,2	13,8	819	85,8	14,2
	1 a 4 vezes	43	44,2	55,8	138	56,5	43,5	181	53,6	46,4
	5 a 10 vezes	18	27,8	72,2	24	58,3	41,7	42	45,2	54,8
	Mais de 10	9	44,4	55,6	9	33,3	66,7	18	38,9	61,1
	Sempre	8	50,0	50,0	19	42,1	57,9	27	44,4	55,6
	p		0,00			0,00			0,00	
O que faz em relação ao peso	Tenta perder	101	36,6	63,4	227	52,4	47,6	328	47,6	52,4
	Tenta ganhar	78	97,4	2,6	70	100	0,0	148	98,6	1,4
	Tenta manter	108	82,4	17,6	119	84,9	15,1	227	83,7	16,3
	Não faz nada	217	89,4	10,6	169	89,3	10,7	386	89,4	10,6
	p		0,00			0,00			0,00	
O que fez para perder ou manter o peso	Não fez nada	253	86,6	13,4	246	87,4	12,6	499	87,0	13,0
	Muito exerc. fís.	74	86,5	13,5	25	84,0	16,0	99	85,9	14,1
	Comeu menos	14	50,0	50,0	44	61,4	38,6	58	58,6	41,4
	Comida - calórica	16	62,5	37,5	33	57,6	42,4	49	59,2	40,8
	Comeu pouco, mas muitas vezes ao dia	24	83,3	16,7	39	79,5	20,5	63	81,0	19,0
	Outra	9	77,8	22,2	8	87,5	12,5	17	82,4	17,6
	Várias opções	113	59,3	40,7	188	63,3	36,7	301	61,8	38,2
	p		0,00			0,00			0,00	
Como considera a saúde	Excelente	160	88,1	11,9	101	87,1	12,9	261	87,7	12,3
	Boa	205	82,4	17,6	207	77,8	22,2	412	80,1	19,9
	Normal	119	66,4	33,6	251	70,5	29,5	370	69,2	30,8
	Má	14	28,6	71,4	21	52,4	47,6	35	42,9	57,1
	Muito má	5	60,0	40,0	4	75,0	25,0	9	66,7	33,3
	p		0,00			0,00			0,00	
Sente mais do que uma vez/semana	Cansaço/exaustão	140	78,6	21,4	134	74,6	25,4	274	76,6	23,4
	Dores de:									
	cabeça	58	75,9	24,1	106	77,4	22,6	164	76,8	23,2
	estômago	12	66,7	33,3	16	87,5	12,5	28	78,6	21,4
	costas	42	95,2	4,8	42	78,6	21,4	84	86,9	13,1
	pescoço/ombros	25	68,0	32,0	19	73,7	26,3	44	70,5	29,5
	não tem	145	81,4	18,6	89	79,8	20,2	234	80,8	19,2
	Vários tipos	64	73,4	26,6	156	69,9	30,1	220	70,9	29,1
	p		0,07			0,51			0,05	
Que doença crônica	Alergias	48	77,1	22,9	85	75,3	24,7	133	75,9	24,1
	Asma	32	81,2	18,8	36	80,6	19,4	68	80,9	19,1
	Outra	30	80,0	20,0	26	57,7	42,3	56	69,6	30,4
	Várias	14	85,7	14,3	21	52,4	47,6	35	65,7	34,3
	Não tem	408	77,5	22,5	425	77,2	22,8	833	77,3	22,7
	p		0,93			0,02			0,30	

Encontrou-se também esta realidade relatada no relatório do estudo de 2002, no âmbito do Projeto Aventura Social e Saúde, que revela que são as raparigas que mais consideram estar gordas e que referem estar atualmente a fazer dieta, bem como serem os rapazes que mais referem não fazer nada para controlarem o peso. Contudo, os comportamentos para reduzir o peso são diferentes, pois o relatório aponta para o aumento da atividade física, a redução de alimentos hipercalóricos e o aumento de consumo de frutas, vegetais e de água pelas raparigas com diferenças significativas em relação aos rapazes e neste estudo são os rapazes que mais optam pela intensificação do exercício físico, enquanto que as raparigas preferem reduzir a quantidade de comida.

É notável que 92,7% dos adolescentes, independentemente do sexo e do peso, classifiquem a sua saúde entre excelente e normal. Em todo o caso, são os alunos com excesso de peso, especialmente os rapazes, que mais consideram a sua saúde má ou muito má.

Não existe grande diferença entre sexos relativamente ao tipo de dores que dizem sentir, com exceção das dores de cabeça e de vários tipos de dor. São as raparigas que mais se queixam destas situações, tal como no estudo de Matos et al., (2010). Por, outro lado, são os rapazes com excesso de peso que mais possuem dores de estômago e dores de pescoço/ombros, comparativamente às raparigas com a mesma condição.

No que diz respeito às doenças crónicas, são as raparigas que se dizem mais alérgicas, comparativamente aos rapazes. De assinalar, a diferença significativa entre as raparigas com excesso de peso em relação às de peso baixo ou normal ao mencionarem possuir outras doenças, embora relacionado com a alimentação apenas uma refira presença de diabetes e outra de colesterol.

9. Metodologias de intervenção

A DGS em 2005, no âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade, propõe que as intervenções devem ser multidisciplinares e fazerem-se sentir a nível individual, na mudança de comportamentos, nos grupos de influência, nas instituições e na comunidade, num contexto de suporte, não estigmatizante, que tenha em consideração as influências sociais, culturais, económicas e ambientais.

Uma vez que a escolaridade é atualmente obrigatória até aos 18 anos, cabe também às escolas intervirem no sentido de promoverem a saúde dos seus alunos.

O conceito de Promoção da Saúde surgiu na Carta de Ottawa (1986) no âmbito da realização da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção para a Saúde e visava aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar. Par tal, a Carta de Ottawa define cinco níveis de intervenção em Promoção da Saúde: a criação de políticas saudáveis, garantindo a equidade; a criação de ambientes favoráveis, com base numa abordagem sócioecológica da saúde; o reforço da acção comunitária que concebe o reforço de poder ou empowerment; o desenvolvimento de competências pessoais, através da melhoria de informação, da educação para a saúde e do reforço de competências; a reorientação dos serviços de saúde, exigindo investigação em saúde e alterações na educação e na formação de profissionais.

Por *empowerment* pode entender-se a capacitação das pessoas e das comunidades para tomarem decisões e se responsabilizarem pela sua saúde. Quando aplicado a cada indivíduo, este conceito adquire a designação de self-empowerment. O empowerment tem sido considerado objetivo-chave para a Promoção da Saúde (Tones, 1995), assim como o self-empowerment o tem sido nas Escolas Promotoras de Saúde (Scriven and Stiddard, 2003). Para o desenvolvimento do self-empowerment é necessário o aumento da auto-eficácia; o desenvolvimento da consciência de grupo; a redução da auto-culpabilização; a assunção da responsabilidade individual para a mudança, como propõe Gutierrez (1990, *in* Scriven and Stiddard, 2003: 111).

O estudo de Stice et al., (2006) revelou que os programas de intervenção na obesidade eram mais eficazes nos adolescentes do que nas crianças, por se tratar de uma fase de desenvolvimento em que há maior capacidade de compreensão e controlo sobre a alimentação, especialmente nas raparigas que tendem a mostrar-se mais recetivas às intervenções que pretendem promover comportamentos alimentares saudáveis, por associarem os ideais de beleza à magreza.

É necessário intervir na obesidade, mas é igualmente importante promover estilos de vida saudáveis. Diversos estudos têm demonstrado que os programas de promoção de estilos de vida saudáveis são eficazes na manutenção do peso saudável a longo prazo e revelado benefícios psicológicos da alteração dos estilos de vida (Wadden, Butryn, & Byrne, 2004; Wilfley et al., 2007 *in* Pereira & Silva, 2009).

Definidas as orientações, devem as escolas criar condições para que os alunos desenvolvam as suas potencialidades e adquiram competências para tomar decisões saudáveis. Assim, a escola promotora de saúde deve incluir quatro dimensões:

curricular, ecológica, comunitária e psico-social. A dimensão curricular é crucial, porque permite o desenvolvimento da capacidade de reflexão dos alunos acerca dos seus ideais e motivações, potenciando em simultâneo a sua auto-estima e fazendo com que os conceitos de saúde e função do corpo permitam interiorizar uma imagem corporal positiva (Navarro, 1995).

No contexto português, a Lei n.º 60/2009 e a Portaria n.º 196-A/2010 estabeleceram o regime de aplicação da educação sexual (ES) em meio escolar, tendo subjacente a ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e suscitar comportamentos de prevenção. Prevêem então a planificação do projeto de educação sexual por turma e a disponibilização de um gabinete de informação e apoio aos alunos no âmbito da educação para a saúde e educação sexual que articule a sua atividade com as respetivas unidades de saúde da comunidade local ou outros organismos. Definem como temáticas prioritárias a desenvolver, a alimentação e atividade física, o consumo de substâncias psico-ativas, a sexualidade, as IST – designadamente VIH-SIDA e a violência em meio escolar.

Para incrementar o sucesso, quer na implementação dos projetos de educação sexual quer na dinamização do gabinete de apoio, será necessário o envolvimento de uma equipa pluridisciplinar, ao nível do Conselho de Turma e na coordenação do Gabinete, e dos Diretores de Turma; considerar as necessidades dos alunos e os recursos disponíveis; definir um plano de ação anual consistente; desenvolver atividades diversificadas e apelativas que garantam o envolvimento dos alunos; realizar avaliações periódicas do trabalho desenvolvido para monitorização do processo. O estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade local do âmbito das temáticas prioritárias e o envolvimento dos alunos poderão contribuir para uma efetiva educação para a promoção da saúde, em que a informação é seguida da formação, com a consequente mudança de comportamentos no quotidiano.

Este estudo revela que para além da prevenção há necessidade de acompanhar individualmente os adolescentes com excesso de peso de uma forma multidisciplinar e concertada, já que constituem um grupo considerável da amostra (23,3%), sem diferenças significativas entre sexo e idade. Os maiores desafios a vencer serão envolver de forma consciente e responsável os alunos e as famílias neste processo, o que será determinante para que a mudança inicial de comportamentos e de conceção da saúde individual se transformem em estilos de vida consistentes.

VII. Conclusões

Este estudo permitiu estabelecer algumas relações entre comportamentos que definem os estilos de vida dos adolescentes e a prevalência de excesso de peso.

Tendo como base de estudo uma amostra de 1125 adolescentes, 47,3% rapazes e 52,7% raparigas, com uma média de idade de 14,12 ($\pm 1,55$) anos e com uma forte presença multicultural, foi possível conhecer a prevalência de magreza, de pré-obesidade e obesidade; caracterizar os hábitos alimentares e desportivos; determinar a relação entre práticas alimentares e de exercício físico e estado nutricional; avaliar a relação entre a estima e a aparência corporal e o estado nutricional.

Os resultados mais significativos no que diz respeito à avaliação antropométrica revela que os rapazes são em média mais altos, mais pesados e com maior PC, mas possuem um IMC menor do que o das raparigas.

A prevalência de magreza é residual e apenas dos 12 aos 14 anos. Contudo, 19,6% encontram-se numa situação de pré-obesidade e 3,7% são obesos. No total, 23,3% apresentam um peso superior ao desejável. Apesar de não haver diferença significativa entre sexos e grupo etário verifica-se que quer a pré-obesidade quer a obesidade diminuem com a idade, especialmente nos rapazes. O cruzamento entre os limites de corte para o PC e a situação PBN/ExP mostra que 14,9% dos adolescentes com $PC < P75$ se encontram em situação de excesso de peso, e que 9,4% dos adolescentes se encontra em situação de PBN, embora se incluam no $P75 - P89$ do PC, revelador de uma distribuição diferenciada da massa gorda no corpo.

O país de origem dos adolescentes parece ser significativo na prevalência de excesso de peso. Os adolescentes oriundos de outros países europeus apresentam maior prevalência de excesso de peso, do que os portugueses e do que os adolescentes africanos. A nacionalidade dos pais é também significativa, as maiores percentagens de excesso de peso em ambos os sexos surgem em pais de nacionalidade portuguesa. Ao contrário do que acontecia relativamente aos adolescentes de nacionalidade europeia, quando os pais são europeus a percentagem de excesso de peso é mais baixa. Os filhos de pais africanos mantêm a tendência para uma baixa percentagem relativa de excesso de peso, sobretudo se a mãe é africana. Em relação ao equipamento existente em casa não considerado essencial não se encontraram diferenças significativas, não parece haver nenhuma relação consistente entre a existência do equipamento considerado e a prevalência de excesso de peso.

Quanto aos hábitos alimentares, 91,4% dos alunos fazem quatro refeições diárias, pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Contudo, 7,9% dos alunos não toma o pequeno-almoço e 15,2% não lancha à tarde. As refeições são essencialmente consumidas em casa ou na escola. A comida preferida inclui sistematicamente a carne e, em muitos casos, as natas, queijos e fritura. A análise exploratória de PC e rotação varimax mostram uma preferência na dieta por alimentos industrializados ricos em hidratos de carbono, glicose e sal, embora não se observe diferença significativa na frequência de consumo de alimentos no último mês e excesso de peso, o que poderá estar relacionado com imprecisão nas respostas e/ou autocensura na resposta entre os adolescentes com mais peso. A omissão do pequeno almoço é um hábito mais frequente no sexo feminino, mas curiosamente não aumenta nas raparigas o excesso de peso, comparativamente com as que o tomam. Sobre a existência sistemática em casa de refrigerantes e também de chocolates, bolachas, doces, bolos são os adolescentes de ambos os sexos que respondem às vezes ou negativamente que possuem maior percentagem de excesso de peso. Relativamente à quantidade de comida ingerida, grande parte dos adolescentes, rapazes e raparigas, com excesso de peso referem comer menos quantidade de comida do que a que desejariam.

Os hábitos desportivos caracterizam-se pela prática de atividades vigorosas e moderadas três vezes por semana, por caminharem cinco dias da semana mais de dez minutos por dia e para 39,9% dos alunos pela prática de desporto organizado. As modalidades desportivas organizadas mais praticadas são o futebol/rugby/futsal, seguidas da natação, do ténis/badmington e da dança. O tempo sentado é em média por dia útil de 8,6 horas, passado sobretudo na escola, mas também a ver televisão e no computador/internet. Não se obteve nenhuma diferença significativa entre o nível de atividade física, o tempo sentado e a prática de atividade física organizada e o excesso de peso. Relativamente à rotina diária dos adolescentes apenas, ver televisão mais horas, corresponde a uma maior percentagem de excesso de peso em ambos os sexos e jogar mais jogos eletrónicos nos rapazes, embora sem valor significativo.

No que diz respeito à imagem corporal a maioria (60 a 70%) sente-se bem ou mesmo muito bem com o seu corpo. Os aspetos que mais os desagradam são o peso a barriga e os pêlos no corpo. Em termos de peso e altura, 24,5% consideram-se com algum peso a mais e 20,7% baixos. Na assertividade quanto à sua perceção do peso e estatura com os respetivos valores reais, quer os rapazes quer as raparigas são mais assertivos na estatura do que no peso. Apesar da diferença entre sexos não ser significativa,

41,2% dos rapazes e 47,3% das raparigas revelam desejo em mudar algo no seu corpo. Há diferenças significativas entre sexos para quase todas as partes ou funções do corpo, embora possuam uma imagem razoável do seu corpo (média de 3,33). Os rapazes sentem-se melhor com o seu corpo do que as raparigas, assim como os adolescentes sem excesso de peso em relação aos que o possuem. Na percepção do peso em ambos os sexos, a maioria dos adolescentes com excesso de peso tem essa percepção. Relativamente à aparência corporal há também diferenças significativas entre sexos e entre os adolescentes com e sem excesso de peso. São os rapazes que valorizam mais a aparência física do que as raparigas e também são os rapazes que associam mais a beleza à masculinidade do que as raparigas à feminilidade. Em função do peso, são os adolescentes sem excesso de peso que apresentam maior nível de concordância com a importância da aparência física.

Em termos de saúde, são as raparigas que mais fizeram dieta no último ano. Na frequência utilizada referem entre uma a quatro vezes por ano, independentemente do peso que possuem. No entanto, são os adolescentes de ambos os sexos com excesso de peso que referem ter feito maior número de vezes dieta, embora cerca de 10% admita não fazer nada. Nas estratégias utilizadas para perder ou manter o peso, enquanto que os rapazes preferem intensificar o exercício físico, as raparigas preferem comer menos quantidade de comida, mas acumulam sobretudo várias estratégias, embora maioritariamente saudáveis. Os adolescentes com excesso de peso de ambos os sexos optam por recorrer essencialmente a mais do que uma estratégia para perderem peso. 92,7% dos adolescentes, independentemente do sexo e do peso, classificam a sua saúde entre excelente e normal, em todo o caso, são os adolescentes com excesso de peso, especialmente os rapazes, que mais consideram a sua saúde má ou muito má.

Sistematizando, os fatores que mostraram contribuir para o excesso de peso relacionam-se com aspetos culturais como a nacionalidade dos adolescentes e dos pais, com a preferência pelo consumo de carne e de alimentos industrializados e, embora sem diferença significativa, com o tempo sentado em atividades sedentárias. Os adolescentes com excesso de peso revelaram percepção dessa condição e consideram a sua saúde má ou muito má, recorrem à dieta, reduzindo a quantidade de comida, e tendem a relativizar a importância da aparência física.

Apesar deste estudo ter permitido traçar os estilos de vida destes adolescentes, dada a dimensão da amostra, pode ser o reflexo da maioria dos adolescentes, até porque os resultados obtidos são, na generalidade, concordantes com os de outros estudos

similares. Pode então constituir o motor para uma intervenção mais incisiva e com maior potencialidade de sucesso. Fruto do trabalho que se tem vindo a realizar desde 2005, no âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade, e de 2010 com a intervenção ativa das escolas, que deve prosseguir, estes adolescentes revelam reconhecer a importância dos hábitos alimentares e da prática desportiva na sua saúde e aparência corporal, mas será necessário apostar mais no acompanhamento individual de forma multidisciplinar e estruturada, de modo a que não se perpetuem estigmas e se tenha em consideração as influências sociais, culturais, económicas e ambientais.

VIII. Bibliografia

- Adami F. 2008. Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. *Cadernos de Saúde Pública* 24 suppl.4:S558-S568.
- Albuquerque D, Nóbrega C, Samouda H, Manco L, 2012. Avaliação da obesidade e obesidade abdominal em crianças portuguesas. *Ata Médica Portuguesa – maio/junho* 25,3:169-173.
- Barbosa R, Costa M, 2002. A influência da vinculação aos pais na imagem corporal de adolescentes e jovens. *Cadernos de Consulta Psicológica* 17-18: 83-94.
- Barbosa R, Matos P, Costa M, 2011. As relações de vinculação e a imagem corporal: Exploração de um modelo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 27: 273-282.
- Barbosa R. 2001. A influência da vinculação parental na imagem corporal de adolescentes e jovens. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barbosa R. 2008. Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barreto A. 1996. A Situação Social em Portugal, 1960–1995. Lisboa: Instituto Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Barreto A. 2000. A Situação Social em Portugal, 1960–1999. Universidade de Lisboa.
- Biddle S. 1994. What helps and hinders people becoming more physically active. In A. Killoran, P. Fentem and C. Caspersen (Eds.), *Moving on international perspectives promoting physical activity*. London: HEA.
- Calamaro C, Park J, Mason S, Marcus T, Weaver C, Pack T, Ratcliffe S. 2010. Shortened sleep duration does not predict obesity in adolescents. *Journal of Sleep Research*, 10.
- Campos M.A. 2001. *Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças, obesos*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão-Teles A. 2008. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews* 9:11-19.
- Cash T, Labarge A. 1996. Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research* 20:37-50.
- CDC 1999. Adolescents and young adults fact sheets in Physical Activity and Health-A report of the surgeon general. Retirado em 2 de fevereiro de 2003 da WWW: www.cdc.gov/nccdphp/sgr/adoles.htm.
- CDC 2000. NHANES, 2000. Anthropometry procedures Manual National Health and Nutrition Examination Survey.
- CHIS 2009, Adolescent Questionnaire Version 7.8 (CHIS, 2010).
- Cloes M, Ledent M, Didier P, Diniz J, Piéron M. 1997. Pratique et importance des principales activités de loisirs chez des jeunes de 12 à 15 ans dans cinq pays européens. *Sport*, 159/160: 51-60.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide:international survey. *British Medical Journal* 320,7244:1240-1243.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson A. 2007. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 335,194:1-8.
- Demarest J, Allen R. 2000. Body Image: Gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140: 465-72.

- DGS 2005. Sérgio A, Correia F, Breda J, Medina JL, Carvalheiro M, Vaz de Almeida MD, Dias T. Programa Nacional de Combate à Obesidade.
- DGS 2006. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil – Atualização das curvas de crescimento. Nº 05/DSMIA.
- DGSa-<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA>
- Dietz WH. 1998. Health consequences of obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioural aspects. *The Spanish Journal of Psychology* 11, 2: 19-29.
- Dubbert P. 2002. Physical activity and exercise: recent advances and current challenges. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 526-536.
- Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Paxton SJ. 2006. Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal Psychosomatic Research* 61, 4: 521-7.
- Fernandez J, et al. 2004. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American and Mexican-American Children and Adolescents.
- Ferreira J. 2010. A avaliação da duração do sono e fatores associados à obesidade e excesso de peso em alunos adolescentes de um estabelecimento público português. Faculdade Atlântica.
- Fonseca H, Matos M, 2005. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors *European Journal of Public Health*, 15, 3: 323–328.
- Fonseca H. 2009. Intervenção apresentada na Reuniao Anual 2009 do Grupo de Estudo do Risco Cardiovascular (GERCV).
- Franzoi S, Shields S. 1984. The Body Esteem Scale: a convergent and discriminant validity study. *Journal of Personality Assessment* 50,1:24-31.
- Gaspar NM (1999). Estudo da Imagem Corporal na Adolescência. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Gonçalves H, et al. 2007. Sociocultural factors and physical activity level in early adolescence. *Rev. Panam. Salud Publica*, 22: 246-253.
- Gouveia C, et al. 2007. Atividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do Concelho de Lisboa. *Ata Pediátrica*, 38, 1: 7-12.
- <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/what-should-you-eat/pyramid/> acesso em 10 julho 2013.
- [http://www.infopedia.pt/\\$estilos-de-vida](http://www.infopedia.pt/$estilos-de-vida) acesso em 10 julho 2013.
- INE.2011. Instituto nacional de Estatística. www.ine.pt acesso em 24 janeiro 2013.
- IPAQ. 2005. Guidelines for Data Processing and Analysis of the Internacional Physical Activity Questionnaire. IPAQ – Short and Long Form.
- Kahn J, et al. 2008. Patterns and determinants of physycal activity in us adolescents. *Young Adolescents Health*, 42: 369-377.
- Katzmarzyk P, et al, 2004. Body Mass Index, Waist Circunference and Clustering of Cardiovascular Disease Risk Factors in a Biracial Sample of Children and Adolescents. *Pediatrics*; 114 – 198.
- Klein S, et al. 2007. Waist circunference and cardiometabolic risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*.
- Ledent M, Cloes M, Telama R, Almond L, Diniz J, Piéron M. 1997. Participation des jeunes européens aux activités physiques et sportives. *Sport*, 159/160: 61-71.
- Lissau I, Overpeck MD, Ruan J, Due P, Holstein BE, Hediger ML. 2004. Health Behaviour in School-aged Children Obesity Working Group. Body Mass Index and Overweight in Adolescents in 13 European Countries, Israel, and the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 158:27-33.

- Littman AJ, Vitiello MV, Foster-Schubert K, Ulrich CM, Tworoger SS, Potter JD, Weigle DS, McTiernan A. 2007. Sleep, ghrelin, leptin and changes in body weight during a 1-year moderate-intensity physical activity intervention. *International Journal of Obesity*, 31:466-75.
- Liu KH, Chan YL, Chan JC, et al. 2006. Mesenteric fat thickness as an independent determinant of fatty liver. *Int J Obes*, 30:787-93.
- Loureiro M. 2004. O papel das escolas como promotoras da saúde.
- MacKenzie N. 2000. Childhood obesity: strategies for prevention. *Pediatric Nursing*, 26, 5: 527-530.
- Marcus B, Dubbert P, Forsyth L, Mackenzie T, Stone E, Dunn A, Blair. 2000. Physical activity behavior change: issues in adoption and maintenance. *Health Psychology* 19, 32-41.
- Marques-Vidal P, Ferreira R, Oliveira J, Paccaud F. 2008. Is thinness more prevalent than obesity in Portuguese adolescents *Clinical Nutrition*, 27: 531-536.
- Martin J, et al. 2004. Adolescentes, consumo de alcohol y actividad fisico-deportiva. *Lecturas: EF Deportes (Revista Digital)* Ano 10, 70, Buenos Aires.
- Matos M, et al. 2002. Fatores associados à prática da atividade física nos adolescentes portugueses. *Análise psicológica*, 1: 57 – 66.
- Matos M. 2002. Relatório Português do Estudo HBSC: A Saúde dos Adolescentes Portugueses.
- Matos M. 2006. Relatório Português do Estudo HBSC: A Saúde dos Adolescentes Portugueses.
- Matos M. 2007. *Psicologia do exercício and Saúde*. Lisboa. Visão e Contextos.
- Matos M. 2009. *Jovens com Saúde*. Texto Editores, Lda. 1ª Edição. Lisboa.
- Matos M. 2010. Relatório Português do Estudo HBSC: A Saúde dos Adolescentes Portugueses.
- McCarthy D, Ellis M, Cole J. 2003. Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross sectional surveys of waist circum. *BMJ*.
- Mendonça D. 2007. Alimentação e Hábitos saudáveis. *Manual de Nutrição*. Capítulo 2.
- Miranda A, et al. 2009. Prevalência de obesidade infanto-juvenil e escolaridade parental – resultados do EPOBiA. *Sociedade Portuguesa para o estudo da Obesidade*.
- Moreira P, Padez C, Mourão I, Rosado V. 2005. Dietary calcium and body mass index in Portuguese children. *European Journal of Clinical Nutrition* 59:861-867.
- Moreira P, Padrão P, 2004. Educational and economic determinants of food intake in Portuguese adults: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*.
- Mota J. 1992. A escola, a Educação Física e a Educação da Saúde. Lisboa, Horizonte, Volume III, 48: 208-212.
- Navarro, MF.(1995). Educação para a Saúde. Modelos de Intervenção em Saúde na Educação Pré-Escolar e nos Ensinos Básico e Secundário. Lisboa: PPES.
- NHANES. Data on the Prevalence of Overweight Among Children and Adolescents: United States, 2003–2004. CDC National Center for Health Statistics, Health E-Stat.
- OMS. 1986. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986.
- OMS. 1995. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO Technical Report Series nº 854.
- OMS. 1998. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS.
- Packard P, Krogstrand K. 2002. Half of rural girls aged 8 to 17 years report weight concerns and dietary changes, with both more prevalent with increased age. *Journal of American Dietary Association*, 102: 672-677.

- Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. 2004. Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old Portuguese children: trends in body mass index from 1970 to 2002. *American Journal of Human Biology* 16:670-678.
- Página da Escola Secundária de Matias Aires, projeto educativo, 2012. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Página da Junta de Freguesia de Agualva, 2013. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Página da Junta de Freguesia de Mira-Sintra, 2013. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Página da Junta de Freguesia do Cacém, 2013. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Página do Agrupamento de Escolas António Sérgio, Projeto Educativo, 2012. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Página do Colégio Vasco da Gama, Projeto educativo, 2012. Acesso em 17 fevereiro 2013.
- Pelham BW, Swann WB. 1989. From self- conceptions to self-worth: On the sources and structures of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 672-680.
- Pereira C, Silva A. 2009. Obesidade e Estilos de vida saudáveis: Questões relevantes para a intervenção. FPUL, Lisboa.
- Phelps L, Bajorek E. 1991. Eating disorders of the adolescent: Current issues in etiology, assessment, and treatment. *School Psychology Review* 20: 9-22.
- Popkin BM, 2001. A Transição Nutricional e Obesidade no Mundo em Desenvolvimento. *Journal of Nutrition* 131; 871 S-873S.
- Ramos E, Barros H. 2005. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adolescentes de 13 anos da Cidade do Porto. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 24: 1075-1087.
- Reilly JJ. 2005. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice and Research. Clinical Endocrinology and Metabolism* 19, 3: 327-341.
- Rito A, Breda J. 2010. Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal - the national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews* 11, 1:428.
- Romano A, Negreiros J, Martins T, 2007. Contributos para a validação da escala de auto- estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes na região interior norte do país. *Psicologia, Saúde and Doenças* 8, 1: 109-116.
- Rosenberg M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton.
- Sallis J, Hovell M. 1990. Determinants of exercise behaviour. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 18: 307-330.
- Santos PJ, Maia J. 2003. Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática* 2: 253-268.
- Sardinha L. 1999. Exercício, saúde e aptidão metabólica. In L. Sardinha, M. Matos and I. Loureiro (Eds). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da atividade física, nutrição e tabagismo* (85-121), Lisboa, Edições FMH.
- Scriven A, Stiddard L. 2003. Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, 110-118.
- Silva E. 2009. Influência da prática de atividade física para adolescentes com obesidade. *Revista digital* 128.
- Stice E, Shaw H, Marti C. 2006. A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132: 667-691.
- Teixeira P, et al. 2006. A atividade física e o exercício no tratamento da obesidade. *Endocrinologia Metabolismo e Nutrição*.

- Terres NG, Pinheiro RT, Horta BL, Pinheiro KA, Horta LL. 2006. Prevalence and factors associated to overweight and obesity in adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 40: 627-633.
- Tones K. 1995. Editorial. *Health Education Research* 10, 2: I-V. University Press.
- Vaz Serra A. 1986. A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica* 7, 2: 57-66.
- Vilhjalmsson R, Kristjansdottir G. 2003. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Social Science and Medicine*, 56, 363-364.
- Wade T, Loves J. 2002. Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population. *The International Journal of Eating Disorders* 32: 39-45.
- Weinshenker N, 2002. Adolescence and body image. *School-Nurse-News*, 19, 12-16.
- WHO 2005. Nutrition in adolescence, Issues and Challenges for the Health Sector. *Issues in Adolescent Health and Development*.
- WHO 2007. Growth referece data for 5–19 years. <http://www.who.int/growthref/en/> acesso em 20 maio 2012.
- WHO 2009. Multicentre Growth Reference Study Group. *Child Growth Standards: Growth velocity based on weight, length and head circumference: Methods and development*. Geneve.
- WHO 2010 – Global recommendations on physical activity for health.
- WHO a. Obesity and overweight, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Williams J, Wake M, et al. 2005. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association* 293, 1.
- Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. 2005. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association* 293, 1: 70-76.
- World B. 1993. Health behaviour in school-aged children. A Who cross-national survey. Ressource package of questions 1993/94. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen.
- www.chis.ucla.edu acesso em 23 julho 2013.

IX. Anexos

Anexo 1 –Caraterização sociodemográfica das freguesias (Censos 2011)

1. População segundo o grupo etário, Censos 2011

	População total		Grupos etários			
	HM	H	0-14	15-24	25-64	65 ou +
Agualva	35824	17015	5592	4528	20782	4922
Cacém	21289	10112	3748	2624	12110	2807
Mira-Sintra	5280	2522	703	531	2464	1582
São Marcos	17412	8325	4318	1858	10565	671

2. População segundo o grau de escolaridade, Censos 2011

	População Total		Nenhum nível de escolaridade		Ensino Pré-escolar		1º Ciclo	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
Agualva	35824	17015	2337	997	737	383	8481	3720
Cacém	21289	10112	1587	677	489	254	5011	2210
Mira-Sintra	5280	2522	492	187	72	33	1914	849
São Marcos	17412	8325	1442	676	648	345	2699	1270

	2º Ciclo		3º Ciclo		Ensino Secundário		Ensino pós Secundário	
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H
Agualva	3510	1818	7314	3803	8455	4155	391	215
Cacém	2098	1096	4467	2365	5000	2386	268	139
Mira-Sintra	503	260	1031	560	848	444	49	23
São Marcos	1698	915	3505	1828	4685	2202	250	117

	Ensino Superior		Analfabetos com 10 ou mais anos		Taxa de analfabetismo
	HM	H	HM	H	
Agualva	4599	1924	654	174	2,02
Cacém	2369	985	393	79	2,08
Mira-Sintra	371	166	292	88	5,99
São Marcos	2485	972	194	48	1,33

3. População economicamente ativa, por setores de atividade, Censos 2011

	População Total		População Empregada						
			Total		Setor 1°	Setor 2°	Setor 3°		
	HM	H	HM	H			Total	Natureza social	Atividade económica
Agualva	18749	9187	15940	7691	29	2941	12970	4760	8210
Cacém	11017	5365	9485	4588	19	1870	7596	2652	4944
Mira-Sintra	1966	999	1589	784	3	317	1269	480	789
São Marcos	10343	4983	9051	4351	14	1521	7516	2360	5156

	Taxa de atividade em 2011 (%)		
	HM	H	M
Agualva	52,34	53,99	50,84
Cacém	51,75	53,06	50,77
Mira-Sintra	37,23	39,61	35,06
São Marcos	59,4	59,86	58,99

4. População desempregada, Censos 2011

	Total			Procura do 1º emprego		
	HM	H	M	HM	H	M
Agualva	2809	1496	1313	591	313	278
Cacém	1532	777	755	289	141	148
Mira-Sintra	377	215	162	74	37	37
São Marcos	1292	632	660	256	128	128

	Procura de novo emprego			Taxa de desemprego em 2011(%)		
	HM	H	M	HM	H	M
Agualva	2218	1183	1035	14,98	16,28	13,73
Cacém	1243	636	607	13,91	14,48	13,36
Mira-Sintra	303	178	125	19,18	21,52	16,75
São Marcos	1036	504	532	12,49	12,68	12,31

5. Tipos de famílias, Censos 2011

	População residente			Famílias		Núcleos familiares
	Total	H	M	Clássicas	Institucionais	
Agualva	35824	17015	18809	13951	4	10954
Cacém	21289	10112	11177	8229	1	6494
Mira-Sintra	5280	2522	2758	2055	1	1664
São Marcos	17412	8325	9087	6599	0	5110

Anexo 2 – Caracterização da Amostra

1. Contexto familiar, cultural e sócioeconómico

1. Dimensão do agregado familiar

	N	Mínimo	Máximo	Média
Número de pessoas do agregado familiar	1068	2	11	4,19

2. Tipo de agregado familiar

	N	%
Pai e filhos	18	1,6
Mãe e filhos	160	14,2
Pais e filhos	619	55,0
Pai, madrasta e filhos	19	1,7
Mãe, padrasto e filhos	127	11,3
Mãe, filhos e avós	14	1,2
Pais, filhos e avós	25	2,2
Pais, filhos e primos/sobrinhos	17	1,5
Outro	88	7,9

3. Situação civil dos pais

	N	%
Casados/união de facto	659	58,6
Divorciados/separados	348	30,9
Pai falecido	25	2,2
Mãe falecida	9	0,8

4. Número de filhos

	N	%
1	260	23,1
2	465	41,3
3	223	19,8
4	69	6,1
5	23	2,0
6 ou mais	18	1,6

5. Irmãos

	N	%
1	403	35,8
2	247	22,0
3	125	11,1
>= 4	169	15,1
Todos filhos dos mesmos pais		
Sim	577	51,3
Não	375	33,3

6. Pais - Idade

	N	Mínimo	Máximo	Média
Idade do pai	941	30	78	44,70
Idade da mãe	1014	29	59	41,58

7. Pais – país de naturalidade

	pai		mãe	
	N	%	N	%
Portugal	540	48,0	556	49,4
Cabo Verde	153	13,6	166	14,8
Guiné	51	4,5	45	4,0
Angola	119	10,6	125	11,1
Moçambique	16	1,4	20	1,8
São Tomé e Príncipe	20	1,8	22	2,0
Brasil	19	1,7	20	1,8
Ucrânia	18	1,6	15	1,3
Outro	22	1,9	28	2,7

8. Pais – situação de emprego

		pai	mãe
Empregado(a)	N %	619 55,0	721 64,1
Trabalhador(a) por conta própria	N %	178 15,8	101 9,0
Desempregado(a)	n %	124 11,0	165 14,7
Reformado(a)	N %	17 1,5	12 1,1

9. Pais - escolaridade

	pai		mãe	
	N	%	N	%
Menor ou igual ao 6º ano	227	20,2	248	22,0
Do 7º ao 9º ano	179	15,9	205	18,2
Do 10º ao 12º ano	206	18,3	219	19,5
Curso	153	13,7	180	16,0

10. Equipamento em casa

	N	Mínimo	Máximo	Média
Vídeo	1026	0	6	1,18
Telefone fixo	1049	0	6	1,06
Aparelho de ar condicionado	1025	0	10	0,49
Leitor de CD	1038	0	10	1,44
Telemóvel	1044	0	20	4,21
TV a cores	1048	0	10	2,99
Chuveiro	1047	0	6	1,33
Carro	1047	0	30	1,40
Computador fixo	1044	0	10	0,82
Banheira	1052	0	5	1,21
Mota	1041	0	7	0,13
Computador portátil	1053	0	8	1,81
Microondas	1053	0	2	1,05
Bicicleta	1047	0	10	1,62
Ipad	1031	0	5	0,26

2. Hábitos alimentares**1. Quando e onde come, relativamente à última semana**

2ª feira		Peq-almoço	Lanche-manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
Casa	N	970	113	471	532	1075	514
	%	86,2	10,0	41,9	47,3	95,6	45,7
Escola	N	22	582	507	336	0	0
	%	2	51,7	45,1	29,9	0	0
Café	N	6	22	51	36	0	0
	%	0,5	2,0	4,5	3,2	0	0
Restaurante	N	0	0	47	0	10	0
	%	0	0	4,2	0	0,9	0
Casa de outros	N	2	0	14	10	5	1
	%	0,2	0	1,2	0,9	0,4	0,1
Não	N	100	385	10	182	6	578
	%	8,9	34,2	0,9	16,2	0,5	51,4
3ª feira							
Casa	N	964	109	473	552	1074	519
	%	85,7	9,7	42,0	49,1	95,5	46,1
Escola	N	24	576	504	319	0	0
	%	2,1	51,2	44,8	28,4	0	0
Café	N	14	23	50	38	0	0
	%	1,2	2,0	4,4	3,4	0	0
Restaurante	N	0	0	46	0	11	0
	%	0	0	4,1	0	1,0	0
Casa de outros	N	3	0	16	11	7	0
	%	0,3	0	1,4	1,0	0,6	0
Não	N	96	389	11	175	4	573
	%	8,5	34,6	1,0	15,6	0,4	50,9
4ª feira							
Casa	N	958	112	511	584	1079	518
	%	85,2	10	45,4	51,9	95,9	46,0
Escola	N	30	571	471	294	0	0
	%	2,7	50,8	41,9	26,1	0	0

Excesso de Peso e Estilos de Vida na Adolescência

Café	N %	11 1,0	24 2,1	48 4,3	37 3,3	0 0	0 0
Restaurante	N %	0 0	0 0	45 4,0	0 0	7 0,6	0 0
Casa de outros	N %	2 0,2	0 0	14 1,2	12 1,1	5 0,4	0 0
Não	N %	99 8,8	392 34,8	10 0,9	168 14,9	5 0,4	574 51,0
5ª feira		Peqalmoço	Lanche-manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
Casa	N %	967 86,0	106 9,4	447 39,7	553 49,2	1076 95,6	516 45,9
Escola	N %	24 2,1	576 51,2	530 47,1	325 28,9	0 0	0 0
Café	N %	12 1,1	21 1,9	51 4,5	30 2,7	0 0	0 0
Restaurante	N %	0 0	0 0	47 4,2	0 0	7 0,6	0 0
Casa de outros	N %	3 0,3	0 0	14 1,2	11 1,0	6 0,5	1 0,1
Não	N %	94 8,4	393 34,9	11 1,0	176 15,6	7 0,6	574 51,0
6ª feira		Pequeno-almoço	Lanche-manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
Casa	N %	963 85,6	117 10,4	524 46,6	565 50,2	1048 93,2	520 46,2
Escola	N %	25 2,2	571 50,8	451 40,1	311 27,6	0 0	0 0
Café	N %	10 0,9	20 1,8	49 4,4	31 2,8	0 0	0 0
Restaurante	N %	1 0,1	0 0	44 3,9	0 0	34 3,0	0 0
Casa de outros	N %	2 0,2	0 0	22 2,0	11 1,0	9 0,8	1 0,1
Não	N %	97 8,6	389 34,6	9 0,8	176 15,6	4 0,4	570 50,7
Sábado		Pequeno-almoço	Lanche-manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
Casa	N %	955 84,9	562 50,0	934 83,0	837 74,4	954 84,8	559 49,7
Escola	N %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Café	N %	58 5,2	22 2,0	15 1,3	67 6,0	1 0,1	3 ,3
Restaurante	N %	0 0	0 0	95 8,4	0 0	83 7,4	0 0
Casa de outros	N %	17 1,5	10 ,9	48 4,3	29 2,6	49 4,4	9 ,8
Não	N %	69 6,1	500 44,4	6 0,5	161 14,3	6 0,5	518 46,0
Domingo		Pequeno-almoço	Lanche-manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	Ceia
Casa	N %	967 86,0	566 50,3	933 82,9	850 75,6	993 88,3	548 48,7
Escola	N %	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Café	N	43	21	11	56	2	4

	%	3,8	1,9	1,0	5,0	0,2	0,4
Restaurante	N	0	0	97	0	52	0
	%	0	0	8,6	0	4,6	0
Casa de outros	N	18	13	48	27	36	7
	%	1,6	1,2	4,3	2,4	3,2	0,6
Não	N	71	494	8	161	9	530
	%	6,3	43,9	0,7	14,3	0,8	47,1

2. Idas ao restaurante no último mês

Tipo de restaurante		N	%
Restaurante de comida portuguesa	0	701	62,3
	1	174	15,5
	2	81	7,2
	3	43	3,8
	>=4	82	7,5
Snack-bar	0	696	61,9
	1	121	10,8
	2	99	8,8
	3	58	5,2
	>=4	99	8,8
Restaurante fast-food	0	374	33,2
	1	280	24,9
	2	178	15,8
	3	91	8,1
	>=4	162	14,4
Pizzaria	0	606	53,9
	1	242	21,5
	2	122	10,8
	3	41	3,6
	>=4	62	5,6
Restaurante de comida tradicional de outro país	0	794	70,6
	1	143	12,7
	2	68	6,0
	3	30	2,7
	>=4	37	3,3

País da comida tradicional

País	N	%
China	92	8,2
Japão	26	2,3
Brasil	27	2,4
Itália	58	5,2
Índia	15	1,3
Países Africanos	48	4,3

3. Comida preferida

Comida	N	%
Arroz de pato	28	2,5
Bacalhau à Brás	29	2,6
Bacalhau com natas	88	7,8
Bitoque	40	3,6
Cachupa	32	2,8
Cozido à Portuguesa	25	2,3
Esparguete à Bolonhesa	61	5,4
Frango assado	26	2,4
Hambúrguer	25	2,3
Lasanha	158	14,0
McDonalds	27	2,5
Piza	84	7,5

4. Alimentos disponíveis em casa

Alimentos disponíveis sempre em casa			N	%
Fruta e/ou vegetais	Sim		1003	89,2
	Às vezes		101	9,0
	Não		1	0,1
Refrigerantes	Sim		451	40,1
	Às vezes		533	47,4
	Não		121	10,8
Chocolates, bolachas, doces, bolos	Sim		414	36,8
	Às vezes		613	54,5
	Não		78	6,9

5. Comida que come em casa às refeições

	N	%
Apenas a que gosto de comer	173	15,4
A mesma que o resto da família	929	82,6

6. Frequência de consumo de alimentos no último mês

Alimentos		Nunca < 1x mês	Por mês 2 a 3x	Por semana 2 a 4 x	Por dia 1x	Por dia 2 ou mais x
Leite magro ou mg	N	115	63	148	362	408
	%	10,2	5,6	13,2	32,2	36,3
Leite gordo	N	820	49	40	68	82
	%	72,9	4,4	3,6	6,0	7,3
Bebidas de soja	N	915	55	28	31	27
	%	81,3	4,9	2,5	2,8	2,4
Iogurte	N	132	194	290	260	200
	%	11,7	17,2	25,8	23,1	17,8
Queijo	N	233	181	277	246	135
	%	20,7	16,1	24,6	21,9	12,0
Carne	N	3	58	441	301	297
	%	0,3	5,2	39,2	26,8	26,4
Peixe	N	36	195	504	235	125
	%	3,2	17,3	44,8	20,9	11,1
Ovos	N	62	373	412	166	76
	%	5,5	33,2	36,6	14,8	6,8
Manteiga	N	88	152	270	331	245
	%	7,8	13,5	24,0	29,4	21,8
Pão branco	N	89	148	270	343	243
	%	7,9	13,2	24,0	30,5	21,6
Pão integral	N	380	203	176	191	116
	%	33,8	18,0	15,6	17,0	10,3
Cereais n/ integrais	N	268	152	208	266	176
	%	23,8	13,5	18,5	23,6	15,6
Arroz	N	9	96	484	263	242
	%	0,8	8,5	43,0	23,4	21,5
Massas	N	10	150	558	237	139
	%	0,9	13,3	49,6	21,1	12,4
Batata	N	25	208	511	212	131
	%	2,2	18,5	45,4	18,8	11,6
Hortícolas	N	206	232	345	171	104
	%	18,3	20,6	30,7	15,2	9,2
Leguminosas	N	127	281	398	168	103
	%	11,3	25,0	35,4	14,9	9,2
Fruta fresca	N	41	115	263	327	338
	%	3,6	10,2	23,4	29,1	30,0
Sopa de legumes	N	156	236	286	248	136
	%	13,9	21,0	25,4	22,0	12,1
Bolachas	N	51	216	343	261	220
	%	4,5	19,2	30,5	23,2	19,6
Croissant	N	171	343	263	173	131
	%	15,2	30,5	23,4	15,4	11,6
Chocolate	N	116	353	319	185	120
	%	10,3	31,4	28,4	16,4	10,7
Snacks de choco.	N	259	351	247	124	99
	%	23,0	31,2	22,0	11,0	8,8
Rebuçados	N	177	371	281	138	116
	%	15,7	33,0	25,0	12,3	10,3
Vinho	N	999	43	10	6	8
	%	88,8	3,8	0,9	0,5	0,7
Cerveja	N	971	62	16	12	6
	%	86,3	5,5	1,4	1,1	0,5

Bebidas brancas	N %	948 84,3	75 6,7	15 1,3	15 1,3	12 1,1
Refrigerantes c/ gás	N %	215 19,1	281 25,0	268 23,8	173 15,4	138 12,3
Refrigerantes s/ gás	N %	139 12,4	245 21,8	281 25,0	214 19,0	190 16,9
Bebidas energéticas	N %	627 55,7	197 17,5	117 10,4	70 6,2	48 4,3
Croquetes, ...	N %	181 16,1	512 45,5	215 19,1	94 8,4	65 5,8
Piza	N %	202 18,0	547 48,6	203 18,0	88 7,8	41 3,6
Hambúrguer	N %	258 22,9	537 47,7	178 15,8	76 6,8	37 3,3
Snacks salgados	N %	373 33,2	429 38,1	146 13,0	76 6,8	36 3,2
Batatas fritas pacote	N %	167 14,8	439 39,0	296 26,3	119 10,6	66 5,9

6.1 Frequência de consumo de alimentos uma ou mais vezes por dia, no último mês, em função do sexo

Alimentos	Rapazes	Raparigas	Total
Leite magro ou mg %	51,1	69,9	70,2
Leite gordo %	13,9	14,3	14,1
Bebidas de soja %	14,8	5,9	5,4
Iogurte %	42,0	43,4	42,7
Queijo %	38,3	33,1	35,5
Carne %	59,3	50,0	54,3
Peixe %	35,0	30,1	32,8
Ovos %	23,3	21,3	22,2
Manteiga %	51,3	54,5	53,0
Pão branco %	51,9	55,1	53,6
Pão integral %	8,45	29,1	28,8
Cereais n/ integrais %	44,0	38,6	41,3
Arroz %	48,4	44,1	46,1
Massas %	36,1	32,8	34,3
Batata %	34,5	28,8	31,5
Hortícolas %	23,3	28,3	25,9
Leguminosas %	24,4	25,8	25,1
Fruta fresca %	58,1	64,2	61,3
Sopa de legumes %	32,4	39,2	36,1
Bolachas %	42,7	45,2	44,0
Croissant %	29,2	27,1	28,1
Chocolate %	26,7	28,9	27,9
Snacks de choco. %	19,2	21,9	20,6
Rebuçados %	22,6	24,1	23,4
Vinho %	1,8	0,8	1,3
Cerveja %	2,0	1,4	1,6
Bebidas brancas %	3,0	2,1	2,5
Refrigerantes c/ gás %	33,3	25,0	28,9

Refrigerantes s/ gás	%	39,1	36,6	37,8
Bebidas energéticas	%	15,6	0,7	11,1
Croquetes, ...	%	16,4	13,5	14,9
Piza	%	13,8	10,3	11,9
Hambúguer	%	11,0	9,8	10,4
Snacks salgados	%	11,9	9,3	10,5
Batatas fritas pacote	%	18,2	15,9	17,0

7. Correlação entre os fatores da análise de CPS e a idade, sexo e IMC e classe de IMC

		REGR FC1	REGR FC2	REGR FC3	REGR FC4	REGR FC5
idadeclasses	Pearson Correlation	0,030	0,031	-0,082*	0,005	0,029
	Sig. (2-tailed)	0,384	0,361	0,015	0,880	0,388
	N	864	864	864	864	864
Sexo	Pearson Correlation	-0,027	-0,061	0,154**	0,019	-0,055
	Sig. (2-tailed)	0,436	0,073	0,000	0,578	0,109
	N	864	864	864	864	864
IMC (Kg/m2)	Pearson Correlation	-0,200**	-0,007	-0,037	-0,079*	0,064
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,827	0,284	0,021	0,059
	N	864	864	864	864	864
Com ou sem exc. de peso/ob.	Pearson Correlation	-0,171**	-0,019	-0,013	-0,085*	0,067*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,576	0,706	0,012	0,050
	N	864	864	864	864	864

3. Saúde

1. Escolhe o que fizeste nos últimos 30 dias para perderes ou maneres peso

	N	%
Não comi durante 24 horas ou mais	14	1,4
Tomei comprimidos para emagrecer	0	0
Bebi chás, laxantes	44	4,1
Provoquei o vômito	4	0,4
Não fiz nada	499	44,4
Comi menos comida	200	18,1
Escolhi comida com menos calorias	196	17,7
Só fiz uma refeição por dia	13	1,3
Fiz muito exercício físico	273	24,5
Comi pouco, mas muitas vezes ao dia	170	15,2

2. Como consideras a tua saúde?

	N	%
Excelente	261	23,2
Boa	412	36,6
Normal	370	32,9
Má	35	3,1
Muito má	9	0,8

3. Costumas sentir mais do que uma vez por semana

	N	%
Dor de cabeça	294	26,1
Dor de estômago	75	6,8
Dor de costas	200	17,8
Dor de pescoço/ombros	116	10,4
Cansaço/Exaustão	440	39,2
Não	234	20,8

4. No último mês, quantas vezes te sentiste

	N	Mínimo	Máximo	Média
Triste e deprimido	916	0	30	2,06
Com dificuldade em adormecer	916	0	31	2,46
Irritado	885	0	31	2,27
Nervoso	890	0	31	2,13
Com medo	866	0	29	0,67

5. Tens alguma doença crónica? Qual?

	N	%
Sim	295	26,2
Não	799	71,0
Asma	96	8,4
Diabetes	7	0,6
Epilepsia	7	0,7
Alergias	164	14,6
Outra	18	1,6

6. Quantas vezes fizeste dieta no último ano?

	N	%
Nunca	819	72,8
1 a 4 vezes	181	16,1
5 a 10 vezes	42	3,7
Mais de 10 vezes	18	1,6
Estou sempre a fazer dieta	27	2,4

7. O que estás a fazer em relação ao teu peso?

	N	%
Estou a tentar perder peso	328	29,2
Estou a tentar ganhar peso	148	13,2
Estou a tentar manter o meu peso	227	20,2
Não estou a fazer nada	386	34,3

4. Atividade física

1. Tipos de atividade física

Atividade física		N	Mínimo	Máximo	Média
vigorosa	Dias/semana	1008	1	7	3,47
	Tempo(min.)/dia	1005	10	1440	102,5
moderada	Dias/semana	747	1	7	3,33
	Tempo(min.)/dia	747	5	900	91,63
Caminhar(>=10 min.)	Dias/semana	1022	1	7	5,35
Caminhar - 2ª a 6ª feira	Tempo(min.)/dia	1032	2	2400	86,11
Caminhar - fim de semana	Tempo(min.)/dia	931	1	1200	80,40
Tempo sentado	de 2ª a 6ª feira / horas	1066	6	10	8,623
tarefas domésticas	Tempo(min.)/dias de semana	1057	0	5	0,77
	sábado	1044	0	6	1,11
	domingo	1043	0	6	1,01
organizada ano passado	Tempo(min.)/dia	489	30	1530	286,28
organizada atualmente	Tempo(min.)/dia	449	5	2040	279,69

2. Modalidades desportivas organizadas

Modalidades	Ano passado		Atualmente	
	N	%	N	%
Futebol/Rugby/Futsal	168	15,1	151	13,6
Natação	90	8,8	76	6,6
Ténis/Badminton	73	6,6	57	5,3
Ginástica	30	2,8	32	3,0
Judo/Karaté	36	3,4	25	2,3
Basquetebol	36	3,4	38	3,4
Equitação	24	2,2	24	2,2
Atletismo	19	1,8	22	2,0
Ciclismo/BTT	17	1,6	21	2,0
Patinagem/Hóquei	11	1,0	9	0,8
Dança	62	5,6	49	4,5
Voleibol	27	2,6	23	2,1
Desportos náuticos	7	0,6	3	0,3
Boxe/Esgrima	6	0,6	8	0,8

3. Condicionantes da prática de atividade física

Fatores condicionantes	N	%
Problema de saúde	88	7,8
Pais não incentivam a prática de atividade física	130	11,6

4. Promotores do sedentarismo

Fatores	N	Mínimo	Máximo	Média
Tempo em aulas(horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1099	5,50	8,00	5,67
Sábado	1032	0,00	7,00	0,12
Domingo	1034	0,00	5,00	0,06
Tempo a estudar/ler (horas/dias)				
2ª a 6ª feira	1090	0,0	6,00	1,43
Sábado	1062	0,0	10,00	1,29
Domingo	1059	0,0	10,00	1,26
Tempo a ver televisão (horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1068	0,0	9,00	2,26
Sábado	1044	0,0	15,00	3,46
Domingo	1045	0,0	16,00	3,41
Tempo a ver DVD ou vídeos (horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1051	0,0	6,00	0,64
Sábado	1036	0,0	15,00	1,15
Domingo	1036	0,0	12,00	1,00
Tempo gasto no computador/Internet (horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1044	0,0	8,00	1,97
Sábado	1039	0,0	14,00	3,20
Domingo	1043	0,0	14,00	2,96
Tempo a jogar jogos eletrónicos (horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1069	0,0	7,00	0,83
Sábado	1056	0,0	15,00	1,53
Domingo	1052	0,0	12,00	1,42
Tempo a estudar e a fazer TPC (horas/dia)				
2ª a 6ª feira	1068	0,0	6,0	1,40
Sábado	1046	0,0	6,0	1,23
Domingo	1043	0,0	6,0	1,18

Fatores	N	%
Tem computador fixo no quarto	427	38
Tem televisão no quarto	709	63

5. Imagem corporal e aparência**1. Corpo e imagem corporal**

1. Sinto-me muito mal
2. Sinto-me moderadamente mal
3. Sinto-me nem bem nem mal
4. Sinto-me moderadamente bem
5. Sinto-me muito bem

		1	2	3	4	5
Odor corporal	N	71	65	262	295	394
	%	6,3	5,8	23,3	26,2	35,0
Apetite	N	29	55	288	336	391
	%	2,6	4,9	25,6	29,9	34,8
Nariz	N	41	80	309	301	361
	%	3,6	7,1	27,5	26,8	32,1
Porte físico	N	40	88	300	305	338
	%	3,6	7,8	26,7	27,1	30,0
Lábios	N	15	19	246	319	498
	%	1,3	1,7	21,9	28,4	44,3
Força muscular	N	30	69	342	352	301
	%	2,7	6,1	30,4	31,3	26,8
Cintura	N	41	98	315	290	353
	%	3,6	8,7	28,0	25,8	31,4
Coxas	N	44	103	325	279	350
	%	3,9	9,2	28,9	24,8	31,1
Orelhas	N	18	38	317	300	421
	%	1,6	3,4	28,2	26,7	37,4
Bíceps	N	40	72	380	292	284
	%	3,6	6,4	33,8	26,0	25,2
Queixo	N	21	28	363	284	401
	%	1,9	2,5	32,3	25,2	35,6
Const. física	N	43	88	269	324	374
	%	3,8	7,8	23,9	28,8	33,2
Coord. física	N	28	56	291	331	385
	%	2,5	5,0	25,9	29,4	34,2
Nádegas	N	35	55	339	298	356
	%	3,1	4,9	30,1	26,5	31,6
Agilidade	N	26	56	252	363	398
	%	2,3	5,0	22,4	32,3	35,4
Larg. dos ombros	N	18	39	302	307	427
	%	1,6	3,5	26,8	27,3	38,0
Braços	N	19	50	287	321	412
	%	1,7	4,4	25,5	28,5	36,6
Peito/mamas	N	38	64	300	301	381
	%	3,4	5,7	26,7	26,8	33,9
Olhos	N	9	33	193	286	571
	%	0,8	2,9	17,2	25,4	50,8
Bochechas	N	11	18	280	322	461
	%	1,0	1,6	24,9	28,6	41,0
Ancas	N	34	53	319	318	367
	%	3,0	4,7	28,4	28,3	32,6
Pernas	N	42	72	267	338	377
	%	3,7	6,4	23,7	30,0	33,5
Aspetto físico	N	34	73	292	308	384
	%	3,0	6,5	26,0	27,4	34,1
Pés	N	40	77	339	272	363

	%	3,6	6,8	30,1	24,2	32,3
Barriga	N	79	135	261	276	344
	%	7,0	12,0	23,2	24,5	30,6
Saúde	N	13	30	182	288	579
	%	1,2	2,7	16,2	25,6	51,5
Pêlos no corpo	N	88	96	322	248	333
	%	7,8	8,5	28,6	22,0	29,6
Cara/face	N	26	50	266	315	433
	%	2,3	4,4	23,6	28,0	38,5
Peso	N	97	126	256	267	348
	%	8,6	11,2	22,8	23,7	30,9

2. Auto-imagem quanto ao peso e altura

		1	2	3	4	5
Quanto à tua altura consideras que és ...	N	27	233	716	81	31
	%	2,4	20,7	63,6	7,2	2,8
Quanto ao teu peso consideras que és ...	N	18	160	584	276	52
	%	1,6	14,2	51,9	24,5	4,6

1. Muito baixo / Muito magro
2. Baixo / Magro
3. Altura boa / Peso bom
4. Alguma altura a mais / Algum peso a mais
5. Muita altura / Muito peso

3. Aparência

1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Nem concordo nem discordo
4. Concordo
5. Concordo totalmente

		1	2	3	4	5
Aquilo que aparento é uma parte importante daquilo que sou.	N	58	84	298	357	275
	%	5,2	7,5	26,5	31,7	24,4
Uma das primeiras coisas que as pessoas irão notar em mim é o que está mal na minha aparência.	N	105	166	318	319	171
	%	9,3	14,8	28,3	28,4	15,2
A aparência física de uma pessoa é um sinal indicador do seu caráter.	N	251	211	308	203	101
	%	22,3	18,8	27,4	18,0	9,0
Se eu pudesse ser fisicamente como desejaria, seria muito mais feliz.	N	124	134	338	236	241
	%	11,0	11,9	30,0	21,0	21,4
Se as pessoas soubessem como é que eu realmente sou fisicamente, gostariam menos de mim.	N	328	287	309	89	53
	%	29,2	25,5	27,5	7,9	4,7
Controlando a minha aparência, consigo controlar muitos dos acontecimentos sociais e emocionais na minha vida.	N	82	141	405	297	139
	%	7,3	12,5	36,0	26,4	12,4
A minha aparência é responsável por muito do que aconteceu na minha vida.	N	156	195	353	244	118
	%	13,9	17,3	31,4	21,7	10,5

Devo fazer o que puder para aparentar sempre o meu melhor.	N %	33 2,9	52 4,6	294 26,1	415 36,9	274 24,4
O envelhecimento tornar-me-á menos atraente.	N %	144 12,8	167 14,8	435 38,7	183 16,3	127 11,3
As mensagens dos media na nossa sociedade tornam impossível que eu me sinta satisfeito com a minha aparência.	N %	171 15,2	213 18,9	420 37,3	147 13,1	91 8,1
A única forma de poder vir a gostar da minha aparência seria mudar aquilo que sou fisicamente.	N %	244 21,7	238 21,2	321 28,5	162 14,4	96 8,5
As pessoas atraentes têm tudo.	N %	334 29,7	292 26,0	259 23,0	96 8,5	82 7,3
As pessoas simples demoram bastante tempo a encontrar a felicidade.	N %	332 29,5	252 22,4	280 24,9	119 10,6	69 6,1
Para ser feminina, uma mulher deve ser o mais bonita possível.	N %	137 12,2	122 10,8	169 15,0	88 7,8	59 5,2
Para ser masculino, um homem deve ser o mais bonito possível.	N %	78 6,9	105 9,3	191 17,0	64 5,7	52 4,6

Anexo 3 – Estima corporal em função do sexo

	Sexo	N	Média	DP	p
Como te sentes com o teu odor corporal?	masculino	511	3,91	1,12	0,06
	feminino	576	3,71	1,21	
Como te sentes com o teu apetite?	masculino	514	4,09	0,96	0,00
	feminino	585	3,76	1,05	
Como te sentes com o teu nariz?	masculino	511	3,94	1,03	0,00
	feminino	581	3,66	1,12	
Como te sentes com o teu porte físico?	masculino	506	3,98	1,01	0,00
	feminino	565	3,56	1,13	
Como te sentes com os teus lábios?	masculino	511	4,08	0,95	0,11
	feminino	586	4,22	0,88	
Como te sentes com a tua força muscular?	masculino	512	4,02	0,98	0,00
	feminino	582	3,52	0,98	
Como te sentes com a tua cintura?	masculino	511	3,88	1,03	0,00
	feminino	586	3,62	1,16	
Como te sentes com as tuas coxas?	masculino	513	3,89	1,04	0,00
	feminino	588	3,56	1,17	
Como te sentes com as tuas orelhas?	masculino	509	3,97	1,01	0,90
	feminino	585	3,98	0,95	
Como te sentes com os teus biceps?	masculino	510	3,89	1,10	0,00

	feminino	585	3,37	1,30	
Como te sentes com o teu queixo?	masculino	510	4,01	0,98	0,01
	feminino	587	3,86	0,97	
Como te sentes com a tua constituição física?	masculino	512	4,02	1,02	0,00
	feminino	586	3,64	1,14	
Como te sentes com a tua coordenação física?	masculino	508	4,10	0,97	0,00
	feminino	583	3,73	1,03	
Como te sentes com as tuas nádegas?	masculino	501	3,93	0,99	0,00
	feminino	582	3,72	1,08	
Como te sentes com a tua agilidade?	masculino	511	4,14	0,96	0,00
	feminino	584	3,80	1,01	
Como te sentes com a largura dos teus ombros?	masculino	512	4,13	0,92	0,00
	feminino	581	3,87	1,01	
Como te sentes com os teus braços?	masculino	511	4,08	0,94	0,00
	feminino	578	3,87	1,02	
Como te sentes com o teu peito ou mamas?	masculino	504	3,91	1,03	0,07
	feminino	580	3,80	1,10	
Como te sentes com os teus olhos?	Masculino	510	4,18	0,90	0,00
	feminino	582	4,33	0,90	
Como te sentes com as tuas bochechas?	masculino	510	4,05	0,93	0,09
	feminino	582	4,15	0,88	
Como te sentes com as tuas ancas?	masculino	509	3,95	0,95	0,00
	feminino	582	3,77	1,10	
Como te sentes com as tuas pernas?	masculino	512	4,04	0,95	0,00
	feminino	584	3,69	1,15	
Como te sentes relativamente ao teu aspeto físico?	masculino	513	4,06	0,96	0,00
	feminino	578	3,68	1,13	
Como te sentes com os teus pés?	masculino	509	3,93	1,01	0,00
	feminino	582	3,63	1,14	
Como te sentes com a tua saúde?	masculino	510	4,33	0,90	0,04
	feminino	582	4,22	0,92	
Como te sentes relativamente aos pelos no corpo?	masculino	509	3,99	1,05	0,00
	feminino	578	3,24	1,27	
Como te sentes relativamente à tua cara/face?	masculino	511	4,10	0,95	0,00
	feminino	579	3,89	1,06	
Como te sentes relativamente ao teu peso?	masculino	510	3,88	1,16	0,00
	feminino	584	3,33	1,32	

Anexo 4 – Prevalência de excesso de peso e a estima corporal

	Com ou sem exc. de peso/ob.	N	Média	DP	p
Como te sentes com o teu odor corporal?	Sem exc. de peso	837	3,84	1,15	0,10
	Com exc. de peso	250	3,70	1,24	
Como te sentes com o teu apetite?	Sem exc. de peso	846	3,98	1,02	0,00
	Com exc. de peso	253	3,71	1,01	
Como te sentes com o teu nariz?	Sem exc. de peso	843	3,79	1,10	0,77
	Com exc. de peso	249	3,77	1,07	
Como te sentes com o teu porte físico?	Sem exc. de peso	826	3,91	1,02	0,00
	Com exc. de peso	245	3,25	1,18	
Como te sentes com os teus lábios?	Sem exc. de peso	845	4,17	0,91	0,28
	Com exc. de peso	252	4,10	0,94	
Como te sentes com a tua força muscular?	Sem exc. de peso	844	3,79	1,02	0,05
	Com exc. de peso	250	3,65	0,98	
Como te sentes com a tua cintura?	Sem exc. de peso	844	3,89	1,06	0,00
	Com exc. de peso	253	3,27	1,13	
Como te sentes com as tuas coxas?	Sem exc. de peso	849	3,86	1,06	0,00
	Com exc. de peso	252	3,23	1,17	
Como te sentes com as tuas orelhas?	Sem exc. de peso	842	4,00	0,97	0,12
	Com exc. de peso	252	3,89	1,00	
Como te sentes com os teus biceps?	Sem exc. de peso	843	3,85	1,12	0,00
	Com exc. de peso	252	2,81	1,28	
Como te sentes com o teu queixo?	Sem exc. de peso	846	3,96	0,97	0,01
	Com exc. de peso	251	3,80	0,99	
Como te sentes com a tua constituição física?	Sem exc. de peso	847	3,97	1,04	0,00
	Com exc. de peso	251	3,30	1,17	
Como te sentes com a tua coordenação física?	Sem exc. de peso	841	4,05	0,95	0,00
	Com exc. de peso	250	3,43	1,11	
Como te sentes com as tuas nádegas?	Sem exc. de peso	833	3,89	1,02	0,00
	Com exc. de peso	250	3,58	1,09	
Como te sentes com a tua agilidade?	Sem exc. de peso	846	4,08	0,96	0,00
	Com exc. de peso	249	3,55	1,03	
Como te sentes com a largura dos teus ombros?	Sem exc. de peso	843	4,03	0,95	0,03
	Com exc. de peso	250	3,88	1,05	
Como te sentes com os teus braços?	Sem exc. de peso	840	3,99	0,97	0,22
	Com exc. de peso	249	3,90	1,05	
Como te sentes com o teu peito ou mamas?	Sem exc. de peso	836	3,90	1,05	0,00
	Com exc. de peso	248	3,68	1,13	
Como te sentes com os teus	Sem exc. de peso	840	4,27	0,91	0,48

olhos?	Com exc. de peso	252	4,23	0,88	
Como te sentes com as tuas bochechas?	Sem exc. de peso	841	4,13	0,89	0,03
Como te sentes com as tuas ancas?	Com exc. de peso	251	4,00	0,95	
Como te sentes com as tuas pernas?	Sem exc. de peso	840	3,95	1,00	0,00
Como te sentes relativamente ao teu aspeto físico?	Com exc. de peso	251	3,51	1,09	
Como te sentes com os teus pés?	Sem exc. de peso	843	3,95	1,03	0,00
Como te sentes com a tua saúde?	Com exc. de peso	253	3,54	1,17	
Como te sentes relativamente aos pelos no corpo?	Sem exc. de peso	839	3,99	1,00	0,00
Como te sentes relativamente à tua cara/face?	Com exc. de peso	252	3,42	1,16	
Como te sentes com os teus pés?	Sem exc. de peso	838	3,81	1,09	0,03
Como te sentes com a tua saúde?	Com exc. de peso	253	3,64	1,08	
Como te sentes relativamente aos pelos no corpo?	Sem exc. de peso	842	4,34	0,86	0,00
Como te sentes relativamente à tua cara/face?	Com exc. de peso	250	4,04	1,04	
Como te sentes relativamente ao teu peso?	Sem exc. de peso	840	3,64	1,21	0,01
	Com exc. de peso	247	3,42	1,26	
	Sem exc. de peso	840	4,03	0,99	0,01
	Com exc. de peso	250	3,84	1,08	
	Sem exc. de peso	842	3,85	1,16	0,00
	Com exc. de peso	252	2,72	1,27	

Anexo 5 – Correlação entre os fatores de análise de CPs da imagem corporal e classe de idade e IMC e Exp/BPN para o sexo masculino

		REGR factor score 1	REGR factor score 2	REGR factor score 3
idadeclasses	Pearson Correlation	-0,067	0,049	0,035
	Sig. (2-tailed)	0,158	0,302	0,465
	N	449	449	449
IMC (Kg/m2)	Pearson Correlation	-0,117*	-0,286**	0,132**
	Sig. (2-tailed)	0,013	0,000	0,005
	N	449	449	449
Com ou sem exc. de peso/ob.	Pearson Correlation	-0,131**	-0,330**	0,088
	Sig. (2-tailed)	0,005	0,000	0,063
	N	449	449	449

Anexo 5.1 – Correlação entre os fatores de análise de CPs da imagem corporal e classe de idade e IMC e Exp/BPN para o sexo feminino

		REGR factor score 1	REGR factor score 2	REGR factor score 3	REGR factor score 4
idadeclasses	Pearson Correlation	-0,004	-0,023	0,062	0,015
	Sig. (2-tailed)	0,933	0,613	0,178	0,747
	N	470	470	470	470
IMC (Kg/m2)	Pearson Correlation	-0,477**	0,012	0,071	0,006
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,797	0,122	0,904
	N	470	470	470	470
Com ou sem exc. de peso/ob.	Pearson Correlation	-0,411**	0,028	0,025	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,552	0,584	0,250
	N	470	470	470	470

Anexo 6 – Correlação entre os fatores de análise de CPs de estima corporal e classe de idade e IMC e Exp/BPN para o sexo masculino

		REGR factor score 1	REGR factor score 2
idadeclasses	Pearson Correlation	-0,047	0,027
	Sig. (2-tailed)	0,329	0,566
	N	439	439
IMC (Kg/m2)	Pearson Correlation	0,013	-0,127**
	Sig. (2-tailed)	0,780	0,008
	N	439	439
Com ou sem exc. de peso/ob.	Pearson Correlation	0,017	-0,123*
	Sig. (2-tailed)	0,728	0,010
	N	439	439

Anexo 6.1 - Correlação entre os fatores de análise de CPs de estima corporal e classe de idade e IMC e Exp/BPN para o sexo feminino

		REGR factor score 1	REGR factor score 2	REGR factor score 3
idadeclasses	Pearson Correlation	-0,078	-0,038	-0,120**
	Sig. (2-tailed)	0,084	0,404	0,008
	N	494	494	494
IMC (Kg/m2)	Pearson Correlation	0,052	-0,154**	0,022
	Sig. (2-tailed)	0,245	0,001	0,624
	N	494	494	494
Com ou sem exc. de peso/ob.	Pearson Correlation	0,058	-0,098*	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,197	0,030	0,578
	N	494	494	494

Anexo 7 - Aparência corporal em função do sexo

	Sexo	N	Media	DP	p
Aquilo que aparento é uma parte importante daquilo que sou.	masculino	501	3,66	1,09	0,98
	feminino	571	3,66	1,11	
Uma das primeiras coisas que as pessoas irão notar em mim é o que está mal na minha aparência.	masculino	500	3,27	1,14	0,96
	feminino	579	3,26	1,22	
A aparência física de uma pessoa é um sinal indicador do seu caráter.	masculino	499	2,90	1,27	0,00
	feminino	575	2,55	1,24	
Se eu pudesse ser fisicamente como desejaria, seria muito mais feliz.	masculino	499	3,24	1,23	0,09
	feminino	574	3,37	1,29	
Se as pessoas soubessem como é que eu realmente sou fisicamente, gostariam menos de mim.	masculino	496	2,42	1,19	0,00
	feminino	570	2,19	1,07	
Controlando a minha aparência, consigo controlar muitos dos acontecimentos sociais e emocionais na minha vida.	masculino	498	3,29	1,05	0,37
	feminino	566	3,23	1,10	
A minha aparência é responsável por muito do que aconteceu na minha vida.	masculino	497	3,12	1,15	0,00
	feminino	569	2,85	1,22	
Devo fazer o que puder para aparentar sempre o meu melhor.	masculino	497	3,79	0,95	0,96
	feminino	571	3,79	1,00	
O envelhecimento tornar-me-á menos atraente.	masculino	495	3,07	1,13	0,02
	feminino	561	2,91	1,19	
As mensagens dos media na nossa sociedade tornam impossível que eu me sinta satisfeito com a minha aparência.	masculino	489	2,79	1,12	0,82
	feminino	553	2,78	1,15	
A única forma de poder vir a gostar da minha aparência seria mudar aquilo que sou fisicamente.	masculino	494	2,73	1,19	0,04
	feminino	567	2,58	1,27	
As pessoas atraentes têm tudo.	masculino	494	2,52	1,22	0,00
	feminino	569	2,18	1,20	
As pessoas simples demoram bastante tempo a encontrar a felicidade.	masculino	486	2,59	1,21	0,00
	feminino	566	2,19	1,19	
Para ser feminina, uma mulher deve ser o mais bonita possível.	feminino	573	2,67	1,27	
Para ser masculino, um homem deve ser o mais bonito possível.	masculino	485	2,81	1,17	

Anexo 8 _ Prevalência de excesso de peso e aparência corporal

	Com ou sem exc. de peso/ob.	N	Média	DP	p
Aquilo que aparento é uma parte importante daquilo que sou.	Sem exc. de peso	827	3,70	1,09	0,02
	Com exc. de peso	245	3,52	1,14	
Uma das primeiras coisas que as pessoas irão notar em mim é o que está mal na minha aparência.	Sem exc. de peso	830	3,26	1,18	0,89
	Com exc. de peso	249	3,27	1,19	
A aparência física de uma pessoa é um sinal indicador do seu caráter.	Sem exc. de peso	829	2,77	1,30	0,00
	Com exc. de peso	245	2,52	1,15	
Se eu pudesse ser fisicamente como desejaria, seria muito mais feliz.	Sem exc. de peso	831	3,26	1,28	0,00
	Com exc. de peso	242	3,50	1,20	
Se as pessoas soubessem como é que eu realmente sou fisicamente, gostariam menos de mim.	Sem exc. de peso	825	2,26	1,14	0,05
	Com exc. de peso	241	2,42	1,11	
Controlando a minha aparência, consigo controlar muitos dos acontecimentos sociais e emocionais na minha vida.	Sem exc. de peso	822	3,27	1,08	0,48
	Com exc. de peso	242	3,21	1,09	
A minha aparência é responsável por muito do que aconteceu na minha vida.	Sem exc. de peso	823	2,98	1,19	0,63
	Com exc. de peso	243	2,94	1,21	
Devo fazer o que puder para aparentar sempre o meu melhor.	Sem exc. de peso	825	3,81	0,97	0,22
	Com exc. de peso	243	3,72	1,00	
O envelhecimento tornar-me-á menos atraente.	Sem exc. de peso	814	3,03	1,17	0,01
	Com exc. de peso	242	2,83	1,12	
As mensagens dos media na nossa sociedade tornam impossível que eu me sinta satisfeito com a minha aparência.	Sem exc. de peso	803	2,80	1,16	0,26
	Com exc. de peso	239	2,71	1,07	
A única forma de poder vir a gostar da minha aparência seria mudar aquilo que sou fisicamente.	Sem exc. de peso	819	2,57	1,22	0,00
	Com exc. de peso	242	2,93	1,25	
As pessoas atraentes têm tudo.	Sem exc. de peso	821	2,35	1,23	0,52
	Com exc. de peso	242	2,30	1,18	
As pessoas simples demoram bastante tempo a encontrar a felicidade.	Sem exc. de peso	813	2,37	1,22	0,87
	Com exc. de peso	239	2,38	1,20	
Para ser feminina, uma mulher deve ser o mais bonita possível.	Sem exc. de peso	436	2,69	1,29	0,44
	Com exc. de peso	139	2,60	1,20	
Para ser masculino, um homem deve ser o mais bonito possível.	Sem exc. de peso	384	2,82	1,18	0,86
	Com exc. de peso	106	2,79	1,11	